

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri CHEVALLIER

Né le 29 août 1910, à Montivilliers (Seine-Inférieure)

Ancien interne de l'hôpital de Dieppe

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DE

L'ACRODYNIE INFANTILE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri CHEVALLIER

Né le 29 août 1910, à Montivilliers (Seine-Inférieure)
Ancien interne de l'hôpital de Dieppe

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT
DE

L'ACRODYNIE INFANTILE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 L'ACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDOUX-LEBARU	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique des Maladies des enfants
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse, nous exprimons notre
profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LÉON TIXIER

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Avec nos remerciements pour les conseils
qu'il a bien voulu nous donner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ACRODYNIE INFANTILE

Introduction

L'acrodynie infantile, qui a été identifiée à une époque relativement récente, semblait rare en France jusqu'à ces dernières années. Mais, depuis un certain temps, on en a décrit de nombreux cas qui ne font qu'augmenter à mesure que cette affection est mieux connue grâce à des travaux fort nombreux.

Actuellement elle paraît assez répandue, du moins en France.

Les traitements appliqués sont également en grand nombre. Nous nous proposons de les passer en revue dans ce travail.

Auparavant nous croyons utile de rappeler les symptômes de cette affection.

Rappel historique.

Relevée pour la première fois en Allemagne par Selter en 1903, cette affection fut nommée par cet auteur trophodermatoneurose. Notons qu'en juin 1828 on avait décrit un syndrome qui ne rappelait que de loin l'acrodynie telle que nous la connaissons.

En 1914, Swift la trouve en Australie et la décrit sous le nom d'érythrœdème.

En janvier 1920, Bilderback (de Portland) en relate dix cas ; en septembre de la même année, Weston (de l'Etat de Colombie) adopte la dénomination d'acrodynie.

Cette affection est revue en Europe par Weber en 1921 puis par Feer (L'acrodynie est quelquefois appelée maladie de Swift-Feer). Le professeur Debré et Mlle Petot décrivirent le premier cas français en 1924 sous le nom de « syndrome de Morvan ».

Puis Haushalter de Nancy decéla la première petite épidémie d'acrodynie en France et lui donna le nom de névrose végétative infantile.

La répartition de l'acrodynie ne répond pas à des lois géographiques ou climatériques définies. D'une façon générale, les cas en sont sporadiques. Ils sont fré-

quents en Australie et aux Etats-Unis, mais peu en Amérique du Sud. Ils sont répandus en Belgique, aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, dans le Nord-Ouest de la Suisse, le Sud-Ouest de l'Allemagne.

On n'en signale aucun cas dans les pays scandinaves.

En France, elle est fréquente dans la région parisienne, la région du Nord et surtout le Sud-Ouest. Aucun territoire n'en est épargné.

Rappel symptomatologique.

Nous savons que cette affection se voit chez des enfants dont l'âge ne dépasse généralement pas 6 ou 7 ans (Il existe cependant une acrodynie de l'adulte). L'âge électif est 3 ans. Braithwaite estime que la maladie a son vrai début de neuf jusqu'à vingt-deux mois. Le sexe semble indifférent.

On voit s'installer très lentement un état de fatigue et d'abattement qui va en augmentant ; en même temps l'enfant perd le sommeil nocturne, il perd sa gaieté, devient indifférent, taciturne, parfois méchant, l'intelligence diminue ; l'enfant s'enferme dans une attitude de mutisme. Il éprouve une soif vive, mais de l'anorexie, de la constipation et de l'oligurie. Il a de la photophobie. Il ressent une brûlure, une démangeaison, des fourmillements, une sensation de corps étranger au niveau des extrémités qui lui font adopter une attitude singulière et caractéristique, mettant les mains et les pieds dans la bouche et les mordillant ou les plongeant dans l'eau fraîche ou les posant sur le pavé froid.

Il maigrit et éprouve des vomissements et de la sia-

l'orrhée, son haleine a une odeur acétonique (traduisant l'autophagie).

Il éprouve des douleurs au niveau de l'abdomen, de la céphalée.

De temps en temps surviennent des crises douloureuses au niveau des extrémités, qui se traduisent par des cris interminables. Puis la marche devient titubante, difficile ou même impossible, le lever du lit est pénible. Les muscles sont hypotoniques et souvent atrophiés et d'une façon très rapide. (Les réactions électriques sont normales généralement, mais Rocaz fait des réserves à ce sujet.) L'atrophie musculaire se fait sans systématisation.

Il y a du tremblement et de la myoclonie, quelquefois des convulsions. Les réflexes sont diminués ou abolis (on les a décrits exagérés, mais c'est exceptionnel), mais il n'y a pas de Babinski, de paralysie oculaire ou des nerfs craniens, ni de signes décelant une atteinte du cervelet ou du système pyramidal.

On note quelquefois une zone d'hypo ou d'anesthésie.

Il existe surtout une hypersécrétion sudorale qui souvent procède par poussées, s'arrêtant pendant le sommeil et s'exagérant dans les crises douloureuses, elle dure des mois et s'accompagne de sudamina, de milliaire rouge, d'exanthèmes scarlatiniformes et de macérations des extrémités qui légèrement infiltrés et les doigts boudinés, prennent une teinte rougeâtre qui a fait donner à l'acrodynie le nom de Pink-disease par

les auteurs de langue anglaise. Les extrémités sont froides, gonflées et desquament.

On note un érythème siégeant sur la face, le tronc et donnant au toucher une sensation grenue.

Les symptômes cutanés surviennent après la période de début et peuvent cesser avant la terminaison de la maladie. Quelquefois se produisent des poussées de cyanose au niveau des extrémités. Il survient de l'alopécie, les ongles sont altérés, il y a de la stomatite et les dents tombent sans douleur ni carie.

On remarque de la rhinopharyngite et de l'hydrorrhée nasale.

Enfin, il y a de la tachycardie, le pouls est à 140-160, peu influencé par le sommeil ou les mouvements, sans arythmie.

On remarque une hypertension qui selon l'expression de Feer est le signe le plus constant de la maladie. Plusieurs observations ont montré une augmentation du volume du cœur à la radio. Généralement il n'y a pas de température. La fréquence respiratoire est augmentée (en moyenne elle est de 36 à 48 chez une enfant de 5 ans).

Les examens de laboratoire qui ont été pratiqués sont nombreux.

La ponction lombaire a montré au début de la maladie une lymphocytose, souvent de l'hyperalbuminose et de l'hypoglycorachie. Plus tard elle devient négative à la période d'état.

Lelong et Odinet ont observé une réaction méningée dans le liquide céphalo-rachidien, malgré l'absence de

signes cliniques neurologiques chez un nourrisson de 7 mois 1/2.

La cuti-réaction est négative ainsi que le Wassermann.

A l'examen hématologique on trouve une hyperglobulie et une hyperleucocytose, laquelle peut aller jusqu'à 40.000 éléments.

Il y a de l'hyperglycémie, surtout alimentaire, le taux de calcium est normal selon certains auteurs, augmenté pour d'autres, et la phosphatémie assez basse.

Au point de vue anatomo-pathologique, Péhu, Dechaume et Boucomont ont attaché une grande importance à l'atteinte des ganglions sympathiques périphériques dans lesquels ils ont trouvé une infiltration leucocytaire.

Kernohan et Kennedy trouvent des lésions du système nerveux central, particulièrement de la dégénérescence dans les noyaux de la base et du bulbe, fragmentation de la myéline des nerfs sciatiques et fémoraux, moins accusés dans les nerfs du plexus brachial.

Vigi trouve une dégénérescence des cellules de la région infundibulo-tubérienne, des manchons d'infiltration autour des petits troncs veineux et capillaires (cellules mononucléaires à noyau fortement coloré, arrondi, en occupant une grande partie).

On trouve encore : des lésions encéphalitiques diffuses du cortex, de la région sous-corticale et des noyaux gris centraux ;

Une infiltration diffuse de la moelle par de petites cellules rondes sans systématisation et distribuées en plaques plus ou moins étendues ;

De la dégénérescence des nerfs périphériques avec segmentation de la myéline et gracilité du cylindraxe ;

Parfois de la chromatolyse des cellules des cornes antérieures et de la moelle cervicale.

Il s'agit donc d'une perturbation profonde du système neuro-végétatif.

Et nous adopterons la conclusion de Franconi et Vigi : « Le syndrome neuro-végétatif observé dans ce cas semble dépendre d'un processus encéphalitique ayant porté sur la région infundibulo-tubérienne avec participation des ganglions du sympathique. »

L'évolution est généralement très lente, elle est irrégulière, s'effectuant par poussées, entrecoupées de périodes de rémissions.

La durée est assez longue, la période de début dure généralement plusieurs semaines. La période d'état se prolonge pendant plusieurs mois.

Pour les formes légères l'évolution se fait plus rapidement, durant six semaines ou même un mois. Mais généralement elle s'étend sur quatre à sept mois, quelquefois un an.

On assiste à une régression progressive du syndrome, terminée par la guérison.

La terminaison en effet est presque toujours favorable.

Le pronostic sera donc bon. Sur 167 cas publiés

en 1930, 14 seulement se sont terminés par la mort. Rocaz a trouvé une mortalité de 7,18 %.

Il fait remarquer que lorsque cette affection sera mieux connue on trouvera un taux de mortalité moindre, car bien des cas légers ne sont pas diagnostiqués encore actuellement.

Quand l'évolution se fait vers la mort, celle-ci est due à la broncho-pneumonie, la pyurie, la septicémie, l'épuisement progressif du malade ou une maladie intercurrente, surtout la tuberculose pulmonaire.

Les complications ont semblé assez fréquentes, on a noté des mutilations digitales survenant par la gangrène au niveau des extrémités, la chute des dents, le prolapsus rectal, de véritables panaris précédant la chute des ongles, des lésions de grattage aboutissant à la lymphangite, la pyodermite et à des abcès pouvant aboutir à la septicémie.

On observe enfin des hémorragies, ce sont de petites hémorragies répétées et difficiles à tarir qui apparaissent à l'acmé de la maladie. Deuber cite trois observations de malades qui eurent des épistaxis ou des stomatorragies.

On voit également des hémorragies oculaires, surtout au niveau de la sclérotique.

Ces hémorragies ne sont pas graves et n'empêchent pas le malade de guérir dans un délai normal.

Les séquelles sont fréquentes, on voit des séquelles psychiques constituées par un déficit intellectuel et du changement de caractère, des séquelles vaso-motrices

donnant de l'acrocyanose persistante, la pigmentation cutanée et des séquelles assez importantes du côté des muscles qui peuvent rester atrophiés. Les rechutes sont fréquentes, ainsi que les récidives, dont certaines ont été observées dix-huit mois après la fin de la maladie.

La forme clinique que nous avons décrite est la forme habituelle, forme psycho-acropathologique avec prédominance des altérations aux extrémités, et des troubles psychiques.

Naturellement on ne rencontre pas à la fois tous les symptômes que nous avons décrits; les formes oligosymptomatiques sont fréquentes. Les formes frustes sont en effet très nombreuses.

On a décrit de très nombreuses formes d'acrodynie infantile et l'opinion de certains auteurs comme Rocaz est que l'on en a décrit un peu trop. Nous allons les passer en revue rapidement.

Il y a d'abord beaucoup de formes caractérisées par la prédominance d'un symptôme :

Un grand nombre de formes nerveuses a été observé. Il existe des formes exclusivement nerveuses, qui sont pures et complètes ou dissociées ;

des formes psychiques avec prédominance de symptômes délirants où les troubles mentaux avaient fait envisager l'internement de l'enfant. On observe souvent une irritabilité très vive et de la perversité ;

des formes motrices où l'enfant flageole sur ses jambes, marche avec incertitude, presque avec incoordination, mais sans paralysie. Un malade de Rocaz

présentait une association d'hypotonie-musculaire, de bradykynésie et une ébauche de catatonie ;

des formes paralytiques aussi : le professeur Debré et Julien Marie ont rapporté un syndrome quadriplégique survenu au deuxième mois d'une acrodynie (qui a du reste regressé complètement en quinze jours).

Van Bogaert a rapporté également un cas où il y avait une impotence des quatre membres.

On a décrit aussi des formes sensitives (ou l'exagération de la sensibilité objective est plus souvent noté que la diminution).

Il y a également des formes entéralgiques (dans certains de ceux-ci le diagnostic s'était posé entre l'acrodynie infantile et l'appendicite aiguë).

Levesque a décrit une forme douloureuse pseudotabétique qui n'offrait pas de signes acropathologiques.

Cet auteur a rapporté également une forme myasthénique.

Dans un troisième cas décrit par lui le malade passa brusquement de l'état de santé à une agitation extraordinaire avec colère jour et nuit, effondrement si on le mettait debout, asynergie des membres supérieurs, dyspnée laryngée avec tirage.

Les formes nerveuses forment donc, ainsi que nous l'avons vu, un groupe très important.

A côté de ces formes on a décrit des formes cutanées.

L'intensité des symptômes cutanés peut être très grande. On voit quelquefois de petits foyers de sphacèle cutané succédant à la cyanose.

Dans d'autres cas, les symptômes prirent une forme gangréneuse et mutilante. Parkes Weber a relaté en 1921 l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 qui perdit les extrémités de plusieurs doigts de la main et présentait une ulcération torpide de la plante des deux pieds. La radio montra dans les os de la main de petites zones de décalcification. Cet enfant présenta en outre une nécrose de la cloison nasale.

D'autres fois, les signes cutanés sont discrets. Il y a des formes à éruption localisée.

L'éruption peut être très faible, elle peut prendre une forme morbilliforme ou bien un érythème variable prédomine. Lamy, de Grenoble, a observé un enfant qui n'eut que des troubles moteurs, des troubles du caractère, sorte d'état pré-dementiel et un peu de prurit. Un jour la peau des mains devint moite et un peu rosée, ce qui fit porter le diagnostic d'acrodynie.

On a décrit enfin des formes ganglionnaires :

Normalement il existe un engorgement des ganglions superficiels surtout aux aisselles et aux aines. Cette adénopathie est discrète. Les ganglions sont peu volumineux, mobiles et paraissent indolores.

Dans les formes ganglionnaires, l'adénopathie devient considérable et devient évidente également dans la région cervicale. La réaction ganglionnaire est intense et hors de proportion avec les lésions cutanées.

Pour terminer l'énumération des formes cliniques, nous mentionnerons les formes oculaires, qui sont au reste très rares. Janet et Dayras ont décrit un cas d'acrodynie s'accompagnant de conjonctivite. Sterling

relate le cas d'un garçon de 12 ans présentant une conjonctivite avec kératite et fonte secondaire de l'œil gauche. Byfield avait signalé également des cas d'ulcération de la cornée.

Rappel diagnostique.

Le diagnostic positif sera donc fait par l'association de troubles nerveux, généraux et cutanés. Comme le disait un auteur : « Il suffit d'y penser pour en faire le diagnostic. »

Dans les formes frustes existent cependant toujours les signes cardinaux : tachycardie, élévation de la pression artérielle. Le professeur Debré et Mouriquand après lui, ont insisté sur la grande valeur de la tachycardie sans fièvre, associée à l'hypertension. L'acrodynie est la seule affection qui réalise un tel syndrome chez l'enfant.

Le diagnostic différentiel se fera avec les troubles trophiques des extrémités, tels que acrocyanose, érythromélalgie qui ne s'accompagnent d'aucun élément psychique ni de syndrome myasthénique. Ce sont des affections purement locales et où les extrémités ne sont pas froides ; enfin elles sont de très longue durée et frappent surtout des sujets plus âgés. La scarlatine à laquelle on pourrait penser lorsque des exanthèmes sudoraux se développent sur tout le corps et que la desquamation des mains et des pieds est assez intense, sera éliminée par les commémoratifs et par l'existence du syndrome psycho-moteur.

La rougeole, lorsque l'éruption semblant morbilieuse y fera penser, sera éliminée par l'absence de catarrhe oculo-nasal, l'absence d'exanthème et de Köplik.

La maladie de Raynaud se rapproche de l'acrodynie par l'aspect des extrémités et les douleurs. Mais elle ne présente pas de troubles nerveux et digestifs associés aux manifestations cutanées.

Les polynévrites peuvent prêter à confusion à cause des troubles de la motilité, de la perte des réflexes, et des troubles trophiques.

Mais dans l'acrodynie, les troubles moteurs sont généralement moins marqués que dans les polynévrites et l'abolition des réflexes moins fréquente. Enfin les polynévrites ne présentent pas de troubles digestifs.

Certaines formes cliniques de l'acrodynie peuvent faire penser à une encéphalite épidémique, une hérédosyphilis médullaire, une poliomyélite, une méningite tuberculeuse ; ces affections seront éliminées par la différence d'allure de la période de début et de l'évolution.

Le diagnostic se posera aussi avec l'arsenicisme. Dans les deux affections il existe bien des troubles moteurs et sensitifs, mais dans l'arsenicisme on note une pigmentation mélanique de la peau toute différente de l'érythème acrodynique et l'intoxication arsenicale ne s'accompagne pas de troubles vaso-moteurs et trophiques comme dans l'acrodynie.

Nous envisagerons le diagnostic d'avec la pellagre. Celle-ci se traduit par un érythème noueux des extré-

mités, mais respectant la paume de la main et apparaissant surtout sous l'influence des rayons solaires, disparaissant au bout de deux à trois semaines, laissant à sa place une pigmentation brunâtre avec peau sèche et lamelleuse. Il y a du prurit et surtout des paralysies avec contractures, enfin un état démentiel, psychose confusionnelle avec hallucination et tendance au suicide.

Cette affection ne se rapproche de l'acrodynie que par l'érythème, le prurit, mais en diffère par les autres manifestations. La pellagre évolue par poussées successives et conduit progressivement le malade à la mort ; enfin elle se produit dans les pays pauvres où le maïs est l'élément habituel de l'alimentation.

Enfin, nous arrivons à une affection que certains auteurs ont voulu identifier avec l'acrodynie : c'est l'ergotisme.

L'ergotisme se présente sous deux formes principales :

L'ergotisme gangréneux débute par de l'asthénie, des vertiges, du délire, des fourmillements, des engourdissements, des sensations de chaleur anormale. Puis le malade souffre au niveau des extrémités qui deviennent noirâtres, se sphacèlent, se détachent. Nausées, vomissements, soif intense, conservation de l'appétit, pas de fièvre.

Le malade guérit lentement, reste porteur de mutilations.

La mort se voit dans quelque cas.

L'ergotisme convulsif où le fourmillement est plus

accusé. Signes digestifs plus intenses, douleurs épigastriques, nausées, vomissements sont importants. Les membres sont le siège de douleurs et de crampes parfois très vives, puis survient une contracture frappant d'abord les fléchisseurs, puis surviennent des crises de raideur généralisée, déterminant de véritables raideurs tétaniques accompagnées de sueurs profuses. Puis les convulsions cloniques peuvent s'observer, survenant par crises rappelant l'épilepsie.

De graves troubles intellectuels peuvent apparaître. Tous ces accidents évoluent sans fièvre.

Quand le malade n'en meurt pas, la convalescence est lente.

Il semble donc admis qu'on puisse différencier l'acrodynie et l'ergotisme facilement. Ces deux affections ne sont pas identiques quoique certains de leurs symptômes se rapprochent.

De même, il semble difficile d'admettre avec certains auteurs que l'acrodynie est due à une intoxication par l'ergot de seigle.

Rappel étiologique.

Voyons maintenant comment la symptomatologie de l'acrodynie infantile peut s'expliquer par l'étiologie et la pathogénie.

Il semblerait plus logique d'en parler au début, avant de traiter la symptomatologie, mais c'est que dans cette affection elles donnent lieu à de nombreuses discussions (qui n'ont encore abouti à rien de définitif, comme nous allons le voir).

En premier lieu, nous indiquerons qu'on a voulu voir dans la carence en rayons solaires la cause de l'acrodynie. On en a fait une maladie héliophobe. C'est en effet une maladie d'hiver qu'on observe principalement de décembre à avril. Certains auteurs ont fait remarquer que le médecin est appelé à voir le malade le plus souvent vers le mois d'août ou en automne, mais cette affection a son début plusieurs mois auparavant.

Mais l'acrodynie ne semble pas spécialement réservée aux pays peu ensoleillés puisque la plupart des cas ont été relevés, du moins en 1914 et 1920, en Australie et qu'on a relevé des cas dans le Languedoc, en Algérie, en Corse, en Provence, et qu'en France la région

la plus riche en cas d'acrodynie semble être le Sud-Ouest.

D'autre part, certains auteurs ont rangé l'acrodynie dans le groupe des avitaminoses. Ils ont fait de cette affection une maladie par carence et ont basé cette opinion sur la ressemblance entre l'acrodynie et les affections carentielles telles que la pellagre. En étudiant le diagnostic différentiel de l'acrodynie, nous avons remarqué des dissemblances qui existaient entre celle-ci et les maladies par carence.

Du reste de nombreux auteurs tels que Janet, Wicholer, Garot (de Liège), Lamoril, ont signalé des cas d'acrodynie chez des enfants nourris au sein.

Il semble donc qu'on puisse abandonner actuellement l'hypothèse qui fait du manque de vitamines la cause de l'acrodynie.

Une troisième hypothèse consiste à attribuer la cause de cette affection à des troubles des glandes endocrines.

Pour Rietschel, il s'agit en effet d'une dysendocrinie avec prédominance du rôle de la surrénale. Cette dysendocrinie serait déclenchée par des infections diverses.

Nous arrivons maintenant au groupe des auteurs qui font de l'acrodynie une maladie infectieuse.

Ces auteurs s'appuient avec Jenny sur l'existence de petites épidémies, de la répartition géographique, le long des cours d'eau ou plutôt de certains cours d'eau (notamment dans le Sud-Ouest de la France) (Rocaz). Sur la prédominance en certains pays : Australie, Etat-Unis, Suisse, aux environs d'Aarau.

En faveur de la théorie infectieuse plaide l'existence de quelques cas familiaux.

L'acrodynie serait donc due à un virus qui toucherait spécialement le système nerveux végétatif.

Braithwaite estime que cette affection est souvent en relation avec des infections grippales, générales ou locales.

D'autres auteurs voient une identité entre l'acrodynie et l'encéphalite épidémique.

Ces deux affections voisinent dans certaines régions et certaines observations révèlent une intrication de symptômes, les uns semblables à ceux de l'acrodynie, les autres relevant de l'encéphalite épidémique (Janet, Lamy, de Grenoble).

Il est possible en effet que le microbe de l'acrodynie soit le même que celui de l'encéphalite, mais que la localisation en soit différente (Feer attribue la symptomatologie de l'acrodynie à une infection du système nerveux central).

Barbier et Jarricot (qui ont signalé entre autres un cas d'acrodynie survenant quatre ans après un épisode encéphalitique), insistent sur les cas de coexistence d'encéphalite et d'acrodynie (Signalons que selon ces auteurs, l'acrodynie serait un syndrome réalisé par le virus neurotrope de l'encéphalite et non une entité morbide).

L'hypothèse d'une encéphalite est admise par la plupart des auteurs actuellement. Elle est combattue surtout par Rietschel (de Wurzburg). En tout cas on semble admettre l'existence d'un virus qui toucherait

spécialement le système nerveux végétatif. Rocaz classe l'acrodynie dans le groupe des névraites.

Contre la théorie infectieuse on invoque le manque de température ou son peu d'élévation, la négativité de l'examen du liquide céphalo-rachidien à la période d'état.

Nous dirons en terminant cette étiologie que certains auteurs ont voulu trouver encore d'autres causes à l'acrodynie.

Karl Petren a voulu rattacher l'acrodynie à une intoxication arsenicale chronique.

Mac Collum et Sismonds ont invoqué le manque de protéines dans l'alimentation.

Enfin, le professeur Debré et Mlle Petot ont insisté sur les rapports entre l'ergotisme et l'acrodynie (nous en avons parlé au diagnostic différentiel).

Concluons cette étude de l'étiologie en disant qu'on estime généralement à l'heure actuelle qu'il s'agit d'une infection à virus neurotrope se fixant électivement sur les noyaux sympathiques, l'acrodynie frappe de préférence un système nerveux sensibilisé au préalable par une atteinte infectieuse.

Les symptômes de l'acrodynie sont la traduction des troubles du système neuro-végétatif. A la vagotonie doivent être attribuées l'asthénie, l'hypersécrétion sudorale, salivaire et lacrymale. Les troubles circulatoires des extrémités, la constipation.

A la sympathicotonie doivent être attribuées l'irritabilité des malades, l'insomnie, l'hypertension artérielle et la tachycardie.

Pour avoir la certitude dans la vérité de la théorie infectieuse, il faudrait pratiquer des inoculations aux animaux :

Leenhardt et Boucomont ont essayé d'inoculer des cobayes et des souris blanches avec du liquide céphalo-rachidien et au sang introduit par voie intrapéritonéale et intracrânienne. Cet essai de transmission de la maladie aux petits animaux n'a pas encore donné de résultat.

Rappelons que Mouriquand et Sédailland ont préparé des émulsions des centres nerveux à l'occasion de deux autopsies d'acrodynie. Ils ont obtenu un virus et inoculé le lapin. Mais la maladie expérimentale observée ressemblait à l'encéphalite spontanée du lapin.

On voit qu'il est difficile de prendre position dans ces cadres nosologiques où « l'endocrinien frise le végétatif, où l'infectieux rencontre le constitutionnel » selon l'expression de Schachter (de Bucarest).

De l'incertitude qui règne encore dans l'étiologie de l'acrodynie a découlé, comme nous allons le voir, une incertitude dans les divers traitements qui ont été appliqués.

Auparavant nous allons relater des cas d'acrodynie que nous avons vu à l'Hôpital général de Rouen dans le Service du D^r Loisel qui en a présenté différents cas à la Société de médecine de Rouen.

Nous avons retenu les observations suivantes :

I. — Il s'agit d'un enfant âgé de 4 ans qui est malade depuis trois mois et demi.

Cet enfant est devenu triste et grognon.

En même temps apparurent des troubles urinaires : douleurs à la miction. Il a maigri notablement, les pieds et les mains sont gonflés, uniformément rouges et froids à la palpation. La plante des pieds et surtout les mains présentent des sudamina et une fine desquamation.

Auparavant l'enfant présentait un état de moiteur permanente avec crises sudorales intermittentes. Les parents ont remarqué des éruptions sur le thorax et l'abdomen qui disparaissaient après quelques jours. Les éruptions se produisaient toujours après ou pendant des crises de sueurs. L'enfant sortait constamment les pieds et les mains de dessous ses couvertures.

Il répond à peine aux questions posées ; pourtant en insistant il fait comprendre qu'il souffre de douleurs dans les mains, et d'ailleurs il les frotte l'une contre l'autre.

Pendant l'examen des réflexes, il saisira le manche du marteau qui est froid et qui dit-il lui fait du bien.

Il existe une tachycardie permanente à 140. Cette tachycardie persiste pendant le sommeil.

La température est normale, les réflexes affaiblis. Il y a de l'hypotonie musculaire.

Il présente une sialorrhée à prédominance nocturne.

La tension artérielle est $10,5 \times 8$.

II. — Enfant âgé de 2 ans, malade depuis trois mois. Le début aurait été marqué par un changement profond au comportement affectif de l'enfant, devenu grognon, maussade, refusant de se lever, de marcher.

Puis sont apparues des crises de sueurs ayant déterminé

un érythème généralisé qui a fait porter le diagnostic de scarlatine bien qu'il n'y ait pas eu de fièvre. Puis pleurs, agitation, démangeaison, rougeurs des pieds et des mains que l'enfant frottait constamment ; enfin des plaies ulcéreuses sont apparues. Quel que soit le moment où l'on vienne dans la salle on trouve toujours l'enfant prostré, abattu, étendu sur le côté, sans mouvements. Seuls les yeux suivent ce qui se passe autour de lui. Il y a donc une myasthénie marquée.

Dès qu'on le découvre, on constate un érythème assez étendu sur le corps, miliaire rouge sudorale.

Aux mains, rougeur diffuse avec une desquamation fine en petits lambeaux.

A la face plantaire, même rougeur diffuse mais avec desquamation à grands lambeaux.

Le prurit qui a accompagné cet érythème a déterminé chez cet enfant des lésions de grattage infectées secondairement.

On observe des exulcérations nombreuses aux membres inférieurs.

Il y a toujours des crises de sudation. Ici la sialorrhée est remplacée par de l'hydrorrhée nasale presque continue.

Tachycardie permanente.

Lésions de rachitisme des membres inférieurs. Nouure épiphysaire des poignets. Léger rachitisme costal.

Les cas que nous rapportons ont guéri spontanément, mais nous avons été amenés à nous demander si on ne pourrait pas abréger l'évolution de cette maladie et quels moyens on pourrait mettre en œuvre dans une forme plus sévère.

C'est ce qui nous a amené à faire ce travail.

Traitements de l'acrodynie infantile.

Nous allons donc aborder maintenant les différents traitements qui ont été mis en œuvre dans l'affection qui nous occupe.

Nous nous proposons de diviser cette étude en trois parties :

- I. Dans une première partie, nous étudierons les moyens employés au point de vue hygiénique et prophylactique ;
 - II. Ensuite, nous verrons le traitement général qui vise à s'attaquer à la cause de la maladie ;
 - III. Enfin, nous nous occuperons du traitement des divers symptômes et des complications.
-

I

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE ET PROPHYLACTIQUE

On devra protéger le malade de toute infection étrangère, surtout de la broncho-pneumonie qui est la principale cause de la mortalité dans l'acrodynie. La chambre devra être légèrement chauffée. Schachter (de Bucarest) conseille de rembourrer les parois du lit pour empêcher le malade de se cogner.

Rocaz conseille la désinfection du naso-pharynx qui est toujours infecté à l'origine.

On emploiera l'argyrol au 1‰ ou l'argent colloïdal selon la formule suivante :

Argent colloïdal.....	10 gr.
Lanoline } ââ.....	30 gr.
Axonge }	

On fera des lavages fréquents de la bouche avec des solutions antiseptiques.

Afin de prévenir les stomatites, Fowler conseille le badigeonnage des gencives avec une solution d'acide chromique à 1 %.

Certains auteurs américains, à la suite de Rodda,

estimant que le foyer principal de l'acrodynie siège au niveau du naso-pharynx, préconisent l'adénectomie et l'ablation des amygdales palatines hypertrophiées. Ces auteurs n'ont jamais constaté d'acrodynie chez des enfants ayant été débarrassés antérieurement de leurs végétations adénoïdes. Rocaz estime au contraire qu'à moins d'urgence, toute intervention chirurgicale doit être déconseillée au cours de l'acrodynie. Wood recommande d'habiller les enfants de vêtements de coton qui absorberaient mieux la sueur que les vêtements de laine.

L'alimentation du malade devra être l'objet d'une attention toute particulière.

Il faut éviter les dangers d'une inanition prolongée, surtout chez les jeunes sujets ; certains malades refusant obstinément toute nourriture, Rocaz conseille de ne pas hésiter à avoir recours à la sonde stomacale.

II

TRAITEMENTS GÉNÉRAUX

Nous arrivons maintenant aux traitements qui tendent à agir sur la cause de l'acrodynie, aux traitements étiologiques.

Nous avons essayé de mettre un peu d'ordre dans ces traitements qui sont en fort grand nombre et de les ranger par catégories.

Nous étudierons donc ces traitements selon la classification suivante :

- A. Traitements par les vitamines ;
- B. Traitements par les extraits glandulaires ;
- C. Traitements du déséquilibre vago-sympathique ;
- D. Traitements anti-infectieux ;
- E. Traitements divers.

A. — Traitements par les vitamines.

Nous nous rappelons que certains auteurs avaient voulu faire de l'acrodynie une maladie par carence, une avitaminose, d'où l'idée de donner aux malades des vitamines pour y remédier.

Cette thérapeutique a donné quelques succès, comme nous allons le voir dans l'observation suivante.

Mme Maldan-Massot a publié dans le *Bulletin de la Société de pédiatrie* du mois de novembre 1933 une observation qui montre une enfant très améliorée par les vitamines.

Il s'agit d'une enfant de 21 mois qui depuis six semaines présente de l'anorexie, changement de caractère, rougeur et gonflement des extrémités, tachycardie à 200.

La tension artérielle n'a pas été prise.

Jusqu'à l'âge de 21 mois, cette enfant n'avait pris que du lait et rarement des bouillies. Elle suivait un régime pour troubles hépatiques. Jamais on ne lui avait donné ni jus de fruits, ni légumes verts, ni viande.

On prescrit un régime contenant des purées de légume, du jus de viande, du foie de veau frais et presque cru, et le jus d'un citron tous les jours.

Au bout de trois jours, les parents affirment que l'amélioration est déjà manifeste.

L'enfant a de l'appétit, elle est plus gaie. L'érythème diminue.

Vers le huitième jour on a adjoint à ce régime XX gouttes de « Vitadone » (vitamines A et D) et de l'extrait thyroïdien et surrénal ; mais à ce moment la guérison est déjà en bonne voie.

L'enfant marche de nouveau seule, dort tranquillement et mange avec plaisir.

Huit jours après, les extrémités sont redevenues normales, conjonctivite et rhinite ont disparu.

Seule persiste la tachycardie.

D'autres auteurs ont employé les vitamines avec succès.

Certains les donnent surtout sous la forme de jus de tomates à la suite de Van Westrienen. Mais cette thérapeutique a soulevé de nombreuses critiques.

Willy et Stern soutiennent que dans aucun cas ils n'ont vu s'améliorer la maladie si on ajoute au régime des substances contenant des vitamines A, B, C, D.

Rodda, ayant publié en 1925 17 cas d'acrodynie dans *American Journal for disease of children*, ne trouve aucune amélioration par l'administration de jus d'oranges et d'huile de foie de morue.

On voit donc que cette médication est combattue par de nombreux auteurs, de sorte qu'actuellement elle semble délaissée.

A côté du traitement que nous venons de voir, il existe des traitements voisins qui ont donné des succès plus grands.

C'est l'administration de foie cru qui a été employée avec de bons résultats par Findlay, Wyllie et Stern.

Ces auteurs ont reproduit chez le jeune rat un tableau clinique et anatomo-pathologique semblable à celui de l'acrodynie infantile en leur donnant comme seule protéine du blanc d'œuf séché.

L'ingestion de foie cru a mis fin à ces symptômes.

Ces auteurs concluent à l'existence d'une substance anti-acrodynique dans le foie cru.

Voici les observations qui appuient leurs travaux.

Ces auteurs ont publié, en 1930, les observations suivantes :

I. — Il s'agit d'une fillette de 17 mois qui présente du gonflement et une rougeur des extrémités des membres, de la sueur, de la tachycardie et de l'hypotonie.

La tension artérielle est de 110 mm. de mercure.

On lui donna tous les jours, mélangés au lait, 60 gr. de foie cru haché.

Au bout d'une semaine, l'hypotonie diminua, l'enfant put s'asseoir dans son lit. Les troubles psychiques diminuèrent. L'éruption, qui était généralisée, disparut, mais les mains gardèrent pendant quelques semaines encore une couleur rouge foncé. L'enfant resta en traitement par le foie cru pendant six semaines encore et sortit guérie.

II. — Il s'agit d'une petite fille de 7 mois, nourrie au sein, qui est malade depuis huit semaines, et présente de l'anorexie, de l'irritabilité, des sueurs profuses, de l'érythème des extrémités, de la photophobie et de l'amaigrissement.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

On lui donna 30 gr. de foie cru pendant cinq jours et on constata une amélioration considérable.

Au bout de vingt jours de ce traitement, il ne resta plus qu'une légère hypotonie et un peu de cyanose des extrémités.

III. — Il s'agit d'une fillette de 5 ans 1/2 qui est malade depuis environ trois semaines.

Les symptômes principaux de l'acrodynie sont notés.

On institue le traitement par le foie cru à la dose 250 gr. par jour.

Au bout de quatorze jours, le sommeil revint, les troubles psychiques s'atténuèrent, l'érythème des extrémités pâlit.

Nous venons de voir les résultats obtenus avec l'ingestion de foie cru et qui sont favorables. De même qu'il existerait dans le foie cru une substance antiacrodynique, il existerait une substance analogue dans la couche cuticulaire de la pomme de terre.

L'emploi de la pomme de terre a donné de bons résultats à Pichon et Combessédès et aux auteurs australiens.

Ils donnent aux malades des pommes de terre bouillies qu'ils font manger avec la peau (car en enlevant celle-ci on risquerait d'entraîner la couche cuticulaire).

Cette méthode est décrite dans l'observation suivante (Pichon et Combessédès) :

Enfant âgé de 16 mois et malade depuis deux mois environ.

On institua le traitement suivant :

a) Pendant les quatre premiers jours on injecte du cacodylate de Na ;

b) Injections sous-cutanées quotidiennes d'acétylcholine pendant douze jours. On débute à 2 cgr., on atteint 5 cgr. pendant trois jours et on redescend à 2 cgr ;

c) Un demi-milligramme pendant quatre jours de sulfate de strychnine ;

d) Rayons ultra-violets pendant un mois (13 séances).

On n'obtint aucun résultat et au bout d'un mois on arrêta ces traitements pour un autre employé en Australie.

On donne chaque jour bouillies et avec la peau des pommes de terre soigneusement lavées, afin de faire ingérer la couche superficielle qui s'en va souvent avec la peau quand on la pèle. L'enfant put s'asseoir, se lever et reprit de l'intérêt pour le monde extérieur.

Quinze jours après le début du traitement on rendit l'enfant guéri à ses parents.

Mac Lendon et Zahorsky ont préconisé l'ergostérol irradié qui agit par son pouvoir calcifiant et celui de protéger la cellule osseuse et la cellule cartilagineuse du jeune enfant contre l'action des infections et des intoxications.

L'ergostérine irradiée a été employée avec succès par Lamy (de Grenoble) qui abrégua nettement l'évolution de la maladie.

Menschel l'administra à la dose de V gouttes d'une solution à 1 % une à deux fois par jour, et obtint une augmentation du poids et la suppression des sueurs.

Lamoril l'employa à la dose de XX gouttes par jour chez un enfant de vingt mois.

On a mis en doute l'innocuité de ce mode de traitement, Herlitz Jundell et Wahlgreen, expérimentant chez la souris, ont constaté que l'usage prolongé de ce médicament déterminait des lésions histologiques du cœur et des muscles.

Il semble donc que l'on doive être prudent dans son emploi et ne pas dépasser un milligramme par jour chez le nourrisson.

Mac Lendon et Zahorsky ont préconisé également l'emploi de la levure de bière qui leur aurait donné quelques succès. Rodda n'eut aucun bon résultat par la levure dans les 17 cas qu'il publia en 1925.

Barbier et Jarricot ainsi que Lamoril ont préconisés le chlorure de calcium, qu'ils associent à l'administration de rayons ultra-violets.

Ils ont obtenu de bons résultats par cette méthode.

Le lactate de calcium a été préconisé par Swift.

Feer qui l'employa n'obtint pas de résultats.

B. — Traitements par extraits de glandes.

Dans un second groupe, nous examinerons les traitements qui se basent sur l'emploi d'extraits glandulaires.

Nous savons, en effet, qu'un certain nombre d'auteurs avaient vu dans un trouble du fonctionnement des glandes endocrines la cause de l'acrodynie. Ils ont insisté sur l'analogie entre divers troubles endocriniens et les signes de l'acrodynie : tachycardie, sueur, gonflement, troubles de métabolisme basal.

Voici maintenant comment la médication opothérapique a été employée :

On s'est servi d'extrait thymique. Sweet l'a employé avec succès. Mais Swift en a eu peu de résultats.

Cet auteur a employé, de son côté, l'extrait de thy-

roïde, mais l'emploi de l'extrait de thyroïde est considéré comme nuisible par Weitprecht et Bohe qui préfèrent la médication contraire par l'antithyroïdine.

Enfin, on a employé l'extrait surrénal. Son emploi a été préconisé en outre à cause de l'asthénie habituelle dans l'acrodynie.

Dans une forme légère chez un enfant de 15 mois, le professeur Nobécourt a fait 6 injections de 0,05 cgr., pratiquées tous les deux ou trois jours. A partir de la 3^e injection les symptômes disparaissent, sauf l'amaigrissement.

De l'érythème et quelques sudamina étant réapparus, cet auteur a prescrit de l'extrait surrénal liquide *per os*, à la dose quotidienne de 0,15 cgr. par périodes de cinq jours, séparées par des repos de même durée.

L'appétit redevint bon, le poids augmenta, l'enfant recommença à marcher.

Pour un enfant de 7 ans et 2 mois le professeur Nobécourt a prescrit 0,30 cgr. d'extrait surrénal *per os*, mais sans résultats.

Pour un enfant de 5 ans, dix jours sur vingt, un cachet de 0,03 cgr.

Le professeur Nobécourt et M. Pichon ont publié dans le *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, en 1929, les observations suivantes :

I. — Il s'agit d'un enfant de 15 mois qui est malade depuis un mois et demi.

On institua le traitement par extrait de surrénale Choay dosé à 5 cgr. à raison d'une tous les deux ou trois jours.

Dès la troisième injection se produisit une amélioration rapide de tous les symptômes, mais l'amaigrissement continua.

On pratiqua 6 injections en tout.

Une rechute se produisit au bout de trois semaines. On donna alors tous les jours (pendant des périodes de cinq jours alternant avec des périodes de repos égales) une demi-cuillerée à café d'une spécialité représentant 15 cgr. d'extrait surrénal.

L'amélioration se produisit progressivement et après un mois de traitement se fit la guérison dans le quatrième mois de la maladie.

Dans une autre observation, au contraire, on observe un échec de la méthode.

II. — Il s'agit d'un enfant de 7 ans qui est malade depuis quatre mois et présente des crises à type paroxystique au niveau des membres.

On lui donna 30 cgr. d'extrait surrénal par la bouche, ainsi que 10 cgr. de gardénal.

Après une accalmie de dix jours, les crises réapparurent.

On donne l'extrait surrénal en injection et on supprime le gardénal.

On n'obtint aucun résultat et au bout d'un mois le traitement fut supprimé.

On voit que presque toujours ce traitement n'a pas été employé seul. On voit également que l'emploi de l'extrait surrénal a donné de bons résultats, mais non de façon constante. ●

Cette médication comporte pour Rocaz des réserves,

puisqu'elle tend à augmenter la tension artérielle qui est déjà augmentée dans l'acrodynie.

A côté de l'extrait surrénal, on a employé une médication semblable l'administration d'adrénaline.

Nous dirons là aussi qu'on doit être prudent dans l'emploi de l'adrénaline, puisque la tension artérielle en sera encore augmentée. Morquio publica, en 1932, dans *Archivos de Pédatria del Uruguay*, l'observation suivante :

Enfant âgé de 5 ans et malade depuis quinze jours.

Il présente des troubles psychiques, du tremblement, une transpiration très abondante, une abolition des réflexes rotuliens.

Température à 37°5, pouls à 130. Tension artérielle maxima 17 1/2, minima 7.

On administra des rayons ultra-violets et de l'adrénaline à la solution à un pour mille.

Une semaine après le pouls était à 120, et la transpiration disparut.

Après 15 jours on doubla la dose d'adrénaline (en continuant les rayons ultra-violets).

L'état s'améliore nettement.

Au bout de trois semaines de traitement l'enfant se éleva.

Au bout de six semaines, la tension artérielle est de 11 1/2-6. La tachycardie persiste.

C. — **Traitement du déséquilibre vago-sympathique.**

Dans un troisième groupe nous étudierons la thérapeutique qui s'adresse plus spécialement à la dystonie neuro-végétative, au traitement de l'état sympathicotonique.

Le tartrate d'ergotomine a été employé par le professeur Debré et son élève Servel de Cosmi, ce médicament agissant contre les troubles sympathicotoniques.

Ces auteurs l'ont donné à la dose de VI gouttes chez un enfant de 4 ans. Ce traitement a donné des succès, ainsi que le montre l'observation suivante.

OBSERVATION DUE AU PROFESSEUR DEBRÉ

(Résumé).

Enfant âgé de 3 ans 1/2 que la famille envoie pour « crise de nerfs » et perte d'appétit depuis trois mois et demi.

Né à terme au poids de 4 kilogs.

Elevé au lait de vache. Croissance normale.

Début de la maladie par anorexie complète.

Amaigrissement considérable, phénomènes douloureux et psychiques. Enfant se plaint continuellement et demande qu'on le gratte.

Il est devenu indifférent ; il ne quitte plus son lit et se dit fatigué dès qu'il se lève. Il reste alors accroupi.

En même temps, les extrémités deviennent rouges et grosses.

Par moment le petit malade a des crises pénibles qui se traduisent par des soupirs, des contractions toniques des mains qu'il frotte sans cesse l'une contre l'autre.

Les accès douloureux, d'abord peu fréquents, se repètent actuellement toutes les cinq minutes ; en dehors même de ces crises, l'enfant est grognon et dort très peu ; enfin le syndrome est complété par l'apparition de sueurs profuses.

A l'examen, l'enfant est accroupi et semble indifférent. On entend par moments des geignements sourds qui accompagnent une certaine agitation motrice. On est frappé par l'aspect des mains et des pieds, gonflés et rouges. Cet érythème est surtout marqué à la partie distale, de couleur régulière, avec quelques papules plus rouges et quelques lésions de grattage. Sur le corps on ne relève que quelques lésions cutanées diffuses, en particulier sur la peau de l'abdomen, avec réaction ganglionnaire inguinale.

L'examen neuro-musculaire montre qu'il n'y a pas de paralysie, mais une hypotonie décelable à la palpation des muscles et à l'exagération des mouvements passifs. Les réflexes sont normaux. La sensibilité normale. Si l'on essaye de faire marcher le malade, il refuse de faire plus de quelques pas, puis s'arrête.

L'examen cardio-vasculaire indique un pouls rapide et régulier à 160, une tension artérielle un peu élevée à 11-8. Enfin l'amaigrissement est marqué, l'enfant ayant perdu 4 kilogs.

Nous revoyons le malade après le quinzième jour. Le traitement à l'adrénaline et au gardénal prescrit n'a pas eu d'action manifeste. Devant la persistance d'une otite,

on se décide à faire pratiquer une amygdalectomie par le Dr Baldenweck.

Puis l'on prescrit de la belladone et des rayons ultra-violets.

Les crises semblent s'espacer, puis reprennent aussi nombreuses qu'auparavant. Cependant peu à peu l'otite arrive à la guérison, les extrémités sont moins rouges et l'enfant semble reprendre sa vivacité.

L'anorexie reste prononcée et surtout la tachycardie est toujours très intense.

Nous prescrivons IV à VI gouttes de tartrate d'ergotamine. Nous avons vu peu à peu tous les symptômes s'atténuer et l'enfant semble ressusciter.

La maladie a duré sept mois.

La gènesérine a été préconisée par Levesque qui la conseille dans les cas où les troubles généraux sont plus importants que les symptômes des extrémités.

La gènesérine a une action utile comme médication des états sympathicotoniques.

Elle a été employée avec succès par le Dr Clément qui a relaté l'observation suivante dans la thèse d'Arthur Mitrani.

Il s'agit d'un enfant âgé de 5 ans malade depuis deux mois. Il commence par éprouver de l'anorexie et des troubles du caractère et se plaint actuellement de douleurs lombaires.

On trouve à l'examen une rougeur des extrémités qui sont enflées avec les orifices sudoripares dilatés et nettement visibles.

La transpiration est abondante. Le pouls à 120. La tension à 10-8.

Une série d'injections d'acétylcholine ne donna qu'une amélioration passagère. On donne trois fois par jour XX gouttes de gènesérine et une pastille de Vitadone.

Au bout d'un mois la tachycardie a diminué, les symptômes des extrémités s'améliorent.

Après un nouveau mois de traitement, augmentation du poids, sommeil bon, pouls normal. L'enfant est presque entièrement guéri, malgré la persistance d'un léger état de nervosité.

Nous avons vu que certains auteurs ont attribué à la carence en rayons ultra-violets la cause de l'acrodynie. En effet, cette affection a sa période de début de décembre à mai, mois peu ensoleillés, d'où l'idée de traiter l'acrodynie par les rayons ultra-violets.

Cette thérapeutique a été employée par de nombreux auteurs.

Sweet a traité avec succès 17 cas d'acrodynie qu'il avait publiés.

Pierret et Lefebvre ont traité, en l'espace d'un an, 11 cas qui ont été heureusement influencés. Actuellement, les auteurs sont d'accord pour affirmer que les bons effets des rayons ultra-violets sont dus à leur action favorable sur le sympathique.

Les succès de cette méthode sont nombreux. Les troubles de la marche, l'insomnie, les troubles du caractère s'améliorent rapidement par l'emploi des rayons ultra-violets, bien que les sueurs et surtout

la tachycardie semblent résister davantage au traitement.

L'état général se relève rapidement ce qui est un bénéfice appréciable dans une maladie où, lorsque la terminaison fatale se produit, elle est due pour une bonne part à la longueur de l'évolution, la cachexie et la diminution de résistance aux infections secondaires.

Lamoril, chez un enfant de vingt mois, pratique 12 séances à trois jours d'intervalle, commençant à deux minutes d'exposition pour faire trente minutes dans les dernières séances.

Au bout de quelques séances, il constate une amélioration manifeste des troubles psychiques et cutanés,

Voyons maintenant quelques observations sur les effets de ce traitement par les rayons ultra-violets.

OBSERVATION DUE AU PROFESSEUR NOBÉCOURT
ET A M. PICHON (Société de Pédiatrie, décembre 1926)

[Résumé].

Enfant âgé de 7 ans amené pour de l'insomnie.

Né à terme. Grossesse et accouchements normaux. Nourri au sein jusqu'à l'âge de 18 mois.

Le début de la maladie actuelle date de deux mois.

A la suite d'une rougeole, l'enfant perd l'appétit et le sommeil, il tousse fréquemment et tient le plus souvent la bouche ouverte en dormant, mais sans ronfler.

Depuis quelques jours, il se plaint en outre de douleurs dans les genoux et les mains.

Il pèse 17 kgr. 950 et mesure 109 centimètres, sa face

quoique non œdématiée offre un aspect un peu bouffi, qui évoque l'idée d'une hypothyroïdie, sa bouche toujours entr'ouverte fait penser à l'insuffisance de la respiration nasale. L'examen ne décèle rien d'objectif, si ce n'est quelques lésions de grattage et une sudation abondante d'odeur aigrelette. L'histoire de douleurs vagues dans les mains et les genoux qu'on nous a racontée, nous fait prescrire 4 gr. de salicylate de soude par jour.

Les douleurs vagues qui existaient dans les genoux disparaissent. Mais le syndrome se précise. Il se compose de troubles permanents et de troubles paroxystiques.

Le trouble permanent c'est la sudation abondante. Tout le corps y est sujet. Toutefois ce sont les plantes des pieds et les paumes qui sont le lieu de l'écoulement sudoral le plus abondant.

La sudation est permanente et en particulier les mains sont toujours moites ; mais il y a des moments où elle s'exagère, alors les paumes ruissellent véritablement.

Cinq jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital on voit se former sur les paumes et les plantes un semis de vésicules fines, blanches, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui sont des sudamina.

Les troubles paroxystiques consistent en des accès de douleurs vives : l'enfant qui était en train de jouer s'arrête brusquement, se plaint de ses mains, crie et pleure. La douleur semble atroce.

Au début de l'accès les mains sont parfois cyanosées. Bientôt apparaît le ruissellement sudoral dont nous avons parlé : celui-ci peut se montrer seul, mais il ne manque jamais lors de l'accès douloureux.

Pour calmer l'accès, nous usons d'abord de l'eau froide qui apporte parfois du soulagement. Mais les accès étant

très fréquents (souvent 3 ou 4 dans le courant d'une matinée), les bains de mains répétés arrivent à macérer les téguments ; ouverts, les sudamina s'infectent.

L'application de la main gauche gantée de caoutchouc sur la glace a également une action sédative, ainsi que la pâte à l'eau, qui, chose curieuse, paraît calmer les douleurs. Quand l'accès survient, l'enfant la réclame hautement.

Les nuits sont mauvaises, troublées qu'elles sont par les accès douloureux, mais même au moment où l'enfant est calme, il a peine à trouver le sommeil. L'insomnie paraît donc exister comme symptôme autonome ; il n'y a pas de fièvre.

Hyperhydrose avec sudamina, accès douloureux des extrémités, insomnie, caractérise ce syndrome.

Le salicylate de Na reconnu inefficace, nous donnons fin avril et au début de mai du valérianate d'ammoniaque.

L'enfant sort de l'hôpital le 8 mai, mais il nous est ramené dès le 19.

Nous instituons à cette époque un traitement composé de : 0,30 d'extrait surrénal, *per os*, avec 0,10 de gardénal en deux fois.

Malgré ce traitement, après une trompeuse et courte accalmie, les accès reparaissent à partir du 25 mai, plus douloureux que jamais. Le 26, nous renonçons au gardénal. L'extrait de surrénal est donné en injections ; les résultats sont nuls.

C'est alors que le 2 juin, supprimant tout traitement médicamenteux, nous faisons appliquer les rayons ultraviolets.

Ce moment marque nettement le début d'une amélio-

ration progressive. L'actinothérapie est continuée jusqu'au 4 juillet.

Une congestion pulmonaire aiguë fébrile qui d'ailleurs guérit très bien, survient entre le 4 et le 18 juillet sans que, malgré l'interruption du traitement, reparaissent les accès.

Après la guérison de cette complication l'enfant est gai, a de l'appétit, dort bien. Mais, fait important, on note quelques mouvements cloniques des muscles de la paupière supérieure gauche, et des muscles voisins de la commissure labiale du même côté.

Le malade quitte l'hôpital le 29 juillet.

Il a subi régulièrement des cures de rayons ultra-violets.

Nous l'avons revu le 24 octobre. Il va tout à fait bien, mais présente encore de temps à autres de petites secousses myocloniques.

Powell rapporte le cas suivant (résumé) :

Il s'agit d'une enfant âgé de 3 ans, qui a présenté il y a deux mois une bronchite guérie au bout de deux semaines et le mois dernier un coryza d'une durée de dix jours. Une semaine après, rash sur le thorax, s'étendant progressivement aux membres. Sensation de démangeaison de la peau.

Le rash était au maximum deux semaines avant l'entrée de l'enfant. Gencives tuméfiées avec même chute d'une dent.

L'enfant est agitée, constipée, transpire abondamment. Abdomen distendu, appétit irrégulier.

A l'examen, on remarque que le corps est couvert d'un

rash maculo-papuleux, surtout marqué depuis la partie moyenne du thorax jusqu'aux extrémités.

Les lèvres montrent une congestion marquée avec œdème et cicatrice de la lèvre inférieure.

Plusieurs dents manquent et il existe un écoulement purulent dans les alvéoles vides. Les bords gingivaux sont œdématiés, presque nécrosés. Les amygdales hypertrophiées sont cryptiques et turgescents.

L'abdomen est tympanisé. Aux membres supérieurs, les paumes des mains sont légèrement plus rouges qu'à l'état normal. La peau est épaisse et rude avec des nodules fins, probablement de la même nature que les pustules disséminées sur le corps. Les membres inférieurs montrent plusieurs lésions ulcérées des plantes et des orteils où la peau est égratignée, mais sans que l'on puisse remarquer de zones franches de rougeur, les réflexes rotuliens sont vifs et normaux.

L'examen du sang montre 80 % d'hémoglobine ; il y a 27.000 leucocytes, 4.848.000 hématies.

Le traitement fut symptomatique.

Rayons ultra-violets avec amélioration lente mais progressive.

Le rash disparut, la stomatite guérit. L'appétit et le sommeil revinrent et la fillette est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION DUE AU D^r BINET (d'Alger).

[Résumé].

Enfant âgé de 19 mois et demi, né à terme. Accouchement normal, élevé au sein jusqu'à 13 mois.

Depuis trois semaines a perdu l'appétit, est devenu triste et grognon.

S'alimente mal et se constipe, il s'amaigrit rapidement. Sommeil agité, entrecoupé de brusques réveils et de cris. Transpire aussi beaucoup.

Mains froides et rouges, gonflées et couvertes de bulles.

Rhinopharyngite avec coryza muco-purulent, conjonctivite, gencives tuméfiées. Sialorrhée.

Tachycardie sans modification du rythme, pouls à 160.

L'enfant est traité exclusivement par des irradiations ultra-violettes. Irradiations générales à 1 mètre tous les deux jours. Commencées à une minute, face ventrale et à une minute face dorsale, augmentées rapidement, à trois minutes, puis à six minutes pour arriver à vingt minutes, chaque face à la 8^e séance.

Dès la 7^e séance, les mains sont très améliorées. A la 10^e séance elles sont guéries. Au toucher, leur température est normale.

A la 11^e séance les pieds sont fortement améliorés. L'enfant commence à marcher, mais alors que le pied gauche, au toucher, offre une température normale, le droit est encore froid. Sa température ne redeviendra normale qu'à la 16^e séance.

Le 22 mai, l'enfant est complètement guéri. Son état général est excellent, il est gai ; ses nuits sont calmes et son sommeil régulier. Son poids a peu augmenté 9 kgr.300 (200 gr. en 35 jours).

Cet auteur fait remarquer que, d'une façon générale, chez de jeunes enfants traités par les rayons ultra-violettes, le gain pondéral ne suit pas l'état d'eutrophie et que ce n'est qu'un mois ou un mois et demi après le traitement que le malade gagne du poids.

Nous voyons donc que non seulement les rayons

ultra-violets agissent sur l'état général et les troubles cutanés, mais ils ont une action manifeste sur l'ensemble des symptômes, en particulier les symptômes nerveux. Presque tous les auteurs qui ont employé les rayons ultra-violets n'ont eu qu'à s'en féliciter. Cette thérapeutique raccourcit nettement la durée de la maladie, elle a une action tonique et même eutrophique et évite souvent les complications.

Mais l'emploi des rayons ultra-violets n'a pas été admis par tous les auteurs. Braithwaite s'est élevé contre cette thérapeutique, il a prétendu que l'acrodynie était due à une réaction anormale, à la lumière du soleil chez un enfant qui a souffert antérieurement d'une infection aiguë respiratoire. Il a trouvé une augmentation de la calcémie et lui attribue la dépression mentale et l'hypotonie musculaire.

Cet auteur recommande ainsi que Vernon d'éviter les rayons solaires, ils prétendent améliorer leurs malades en les enfermant dans des chambres à fenêtre rouge qui filtrent les rayons solaires et empêchent les rayons ultra-violets de passer.

Ces auteurs font en même temps des injections de citrate de soude intrapéritonéales, comme nous le verrons par la suite.

Ils prétendent obtenir de promptes améliorations par cette méthode qui proscriit les rayons ultra-violets et emploie la thérapeutique contraire par l'emploi des infra-rouges.

Ces affirmations sont en contradiction avec les

résultats de Sweet qui a traité avec succès 17 cas d'acrodynie par les rayons ultra-violet.

D. — Traitements anti-infectieux.

Dans un quatrième groupe nous rangerons les traitements anti-infectieux. Nous avons vu déjà que de nombreux auteurs s'arrêtent actuellement à cette opinion qui fait de l'acrodynie une maladie infectieuse.

La nature infectieuse de cette affection étant admise de plus en plus, il est naturel de pratiquer de plus en plus les médications anti-infectieuses.

On a employé l'uroformine et on l'a donnée à la dose de 10 cgr., deux fois par jour sous forme de cachets, à un enfant de 5 ans.

Le salicylate de Na, qui est recommandé par Rocaz (par similitude avec la névraxite épidémique). Cet auteur préconise l'administration de salicylate de soude si possible par voie veineuse.

La trypaflavine a été employée par certains auteurs. Ainsi Tebbe qui, en 1926, dans *Archiv für Kinderheil-Künde* décrit sa méthode qui consiste en ceci : il pratiqua une première injection de 5 mgr. de trypaflavine diluée dans 2 cmc. d'eau distillée, par voie intra-veineuse. Tebbe fit cette première injection après deux mois de maladie. Cette injection amena une recrudescence des symptômes.

Deux jours après, il injecta 12 mgr. de trypaflavine, l'état de l'enfant fut rapidement amélioré, et le petit

malade put sortir de l'hôpital quelques jours après.

L'urotropine a des partisans ; elle est administrée par la bouche, ou intra-veineuse comme le recommande Péhu ; elle a l'avantage de prévenir dans une certaine mesure l'infection urinaire.

Enfin, la quinine a été également vantée.

A la thérapeutique anti-infectieuse se rattache la vaccinothérapie. Vipond, de Montréal, a essayé en 1922 la vaccinothérapie à l'aide d'un vaccin préparé avec un diplocoque à gram positif qu'il avait trouvé dans un ganglion lymphatique d'un enfant atteint d'acrodynie. Vipond estimait que ce diplocoque était le microbe de l'acrodynie.

Le vaccin fut appliqué sur deux enfants du même âge, dont le début de la maladie remontait à trois ou quatre mois. Il fut pratiqué une injection sous-cutanée de 1 cmc. du vaccin en question, qui contenait par centimètre cube un demi-milliard de microbes.

Au bout de trois jours, on constata une amélioration dans l'état des enfants.

Une nouvelle injection de 1 cmc. 1/2 fut pratiquée : les mains et les pieds reprirent un aspect normal au bout de trois autres jours.

Après 3 doses de vaccin, l'un des malades est guéri. L'autre a regagné 1 kgr. en quinze jours et son état fut considérablement amélioré.

Les résultats furent, on le voit, favorables, mais ils n'ont pu être confirmés par les travaux d'autres chercheurs.

E. — Traitements divers.

Enfin, dans un cinquième groupe, nous rassemblerons les traitements qui n'ont pu rentrer dans les catégories précédentes.

L'acétylcholine a été préconisée par de nombreux auteurs, elle a l'avantage de combattre la tension artérielle, grâce à son action vasodilatatrice.

Le Professeur Lereboullet, en 1932, a donné à un enfant de 2 mois, de l'acétylcholine à la dose de 2 cgr. par jour. L'amélioration fut rapide, les troubles psychiques diminuèrent, le sommeil revint et le poids augmenta.

Lelong et Odinet ont cité le cas d'un nourrisson de 7 mois 1/2 où l'acétylcholine intramusculaire a été employé avec succès, à la dose de 0,01 puis 0,02, et en tout l'enfant reçut 0,11 cgr. d'acétylcholine. Cette médication a une action aussi bien sur les gangrènes cutanées que sur l'état général.

Le Professeur Nobécourt et M. Kaplan l'ont employé chez un enfant de 1 an et 10 mois qui présentait au niveau du petit orteil droit une plaque violette, très froide, paraissant insensible et faisant craindre la gangrène. Ces auteurs employaient en même temps l'air chaud.

En somme, l'acétylcholine a une action rapide sur la régression de l'érythroedème, la durée totale de l'affection est écourtée.

Notons que Levesque a cité une observation où l'on

voit un médiocre résultat obtenu avec l'acétylcholine en injection intra-musculaire à la dose de 0,05 à 0,10.

Mourrut a rapporté un cas de guérison rapide d'acrodynie par l'acétylcholine.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE MOURRUT.

Enfant âgé de 28 mois, né à terme, du poids de 4 kgr. 500.

Etat général altéré depuis deux à trois mois. Anorexie rebelle.

Fourmillements incessants dans les membres, brûlures au niveau des extrémités, bien que celles-ci restent glacées. L'enfant est continuellement moite et, de plus, il est sujet à des crises de sudation très violentes qui coïncident en général avec les exacerbations douloureuses des membres. Elles sont généralisées mais prédominent aux extrémités et surtout autour des ailes du nez et sur la lèvre supérieure. Les crises au nombre de 10 par jour en moyenne s'accompagnent surtout la nuit de salivation. Les premières remontent à près de trois mois et paraissent avoir été le symptôme initial de la maladie.

Les mains sont boursoufflées, tuméfiées, d'une teinte violacée, lilas sur la face dorsale, rosée sur la face palmaire.

Pouls à 170.

Des injections d'acétylcholine sont prescrites à raison d'une tous les deux jours : 5 egr. par injection.

Dès la deuxième, l'amélioration est manifeste, les sueurs ont diminué, le sommeil et l'appétit reviennent.

Quatorze jours après le début du traitement et après six piqûres l'enfant est transformé, a repris ses jeux, urine

abondamment, ne réclame plus à boire et les crises sudorales ont complètement disparu. Les pieds ont repris une coloration presque normale, les mains restent infiltrées mais moins cyanosées.

Le cœur bat à 148.

Une série de rayons ultra-violets est alors commencée, tandis que les parents interrompent les injections d'acétylcholine par suite des circonstances matérielles.

Les sueurs réapparaissent ainsi que l'agitation. Les nuits deviennent mauvaises.

Les piqûres sont reprises et à la troisième les sueurs ont à nouveau disparu.

Après 18 injections d'acétylcholine à 0 gr. 05 guérison complète. L'enfant a repris plus de 800 gr.

Les traitements physiothérapiques ont été préconisés par certains auteurs.

Levesque a employé la diathermie en applications sur les membres inférieurs et l'abdomen. Il obtint des résultats favorables et rapides. Il associait à la diathermie l'emploi des bains carbo-gazeux dont il a été le promoteur. Ces deux traitements ayant une action vaso-dilatatrice. Laborderie a jeté les bases d'un traitement physiothérapique.

Cet auteur cite un cas où les rayons ultra-violets ne lui donnèrent pas entière satisfaction (résumé).

Enfant âgé de 4 ans, qui était devenu depuis quinze jours, hargneux, coléreux et irritable, ne pouvant supporter son entourage, qui l'avait cependant toujours choyé.

Au niveau des mains et des pieds, il ressentait des

picotements, des démangeaisons et des besoins de grattage impérieux, provoquant une insomnie presque totale.

Les extrémités étaient froides, violacées et gonflées. Le sommeil était irrégulier, agité, entrecoupé de cris.

On pratique des rayons ultra-violets Après dix séances, on enregistre une amélioration de l'état général, du sommeil et même de la marche, mais les troubles psychiques et sensitifs ne s'atténuent vraiment qu'après une nouvelle série d'ultra-violets, faite après un repos de dix jours entre les deux séries. Cet auteur conclut que si les ultra-violets ont abrégé sans conteste la durée de la maladie il n'en est pas moins vrai que les résultats, longs à être obtenus, auraient pu être une cause de découragement de la part des parents.

DEUXIÈME OBSERVATION [Résumé].

Enfant envoyé avec le diagnostic de poliomyélite, malade depuis une vingtaine de jours.

On pratique le traitement radiodiathermique de Bordier.

On fait une séance de radiothérapie sur le renflement lombaire et une sur le renflement cervico-brachial (25 EE, 500 r, filtre 5 Al.)

L'effet de cette première séance fut encourageant : trois jours après l'enfant était plus gai et commençait à mieux dormir.

Quelques jours après une nouvelle séance de radiothérapie, on enregistre la disparition complète des troubles psychiques. Le petit malade ne grognait plus, ne se grattait plus la plante des pieds, s'amusait avec son frère et dormait toute sa nuit.

En même temps, la marche, qui était au début impossible, était devenue presque normale.

Entre les séances de radiothérapie, on pratique une série de séances de diathermie et d'ultra-violets.

En moins de trois semaines, on peut considérer la guérison comme complète.

Laborderie trouve que le traitement par les ultra-violets seuls est insuffisant et cet auteur conclut en la supériorité de la radiothérapie.

Puisque l'acrodynie paraît une maladie du névraxe, la radiothérapie est le traitement qui convient.

Laborderie fixe ainsi les bases du traitement radiothérapique de l'acrodynie.

1° Séances hebdomadaires de radiothérapie sur le renflement cervico-brachial et sur le renflement dorso-lombaire. 500 à 700 r par séance. Au total environ 1.500 r sous 5 Al.

2° Diathermie avec électrodes à la région dorsale haute et aux extrémités, la diathermie ainsi appliquée pouvant être remplacée par les O. C.

3° Des séances d'ultra-violets peuvent être ajoutées avantageusement pour modifier l'état général fatalement altéré.

4° Enfin, si l'atrophie musculaire reste importante, si les muscles restent mous, ce qui est fréquent, galvanisation sous formes d'ondes alternatives à longue période qui semblent supérieures à la galvanisation rythmée.

Feer a publié dans le journal *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans et 1/2. Rien de spécial à noter dans les antécédents.

Début il y a trois semaines par fatigue intense et anorexie.

Il n'y a pas de fièvre. Le sommeil est agité.

Depuis 14 jours l'enfant est au lit. De temps en temps il se plaint du ventre.

Quelquefois des douleurs surviennent brusquement par crises. Le malade pousse un cri et se recroqueville en pliant les cuisses sur le bassin.

Pas de vomissements ni de céphalée, selles normales, une fois par jour.

A l'examen : on trouve des signes typiques d'acrodynie, rougeur avec desquamation aux extrémités, le nez est rouge et tuméfié.

Traitement par massage et galvanisation du dos.

Guérison complète au bout de deux mois.

On a employé également l'arsenic, chez des enfants acrodyniques qui étaient en même temps hérédos-spécifiques.

Cette médication a donné certains succès. Il faut noter que la gravité de l'acrodynie est plus grande chez les hérédos-syphilitiques et que le pronostic est assombri.

L'arsenic a été préconisé par Jenny. Garot (de Liège) cite un cas où il employa avec succès le sulfarsénol chez une enfant de 5 ans hérédos-spécifique.

Dès la quatrième injection se produisit une amélioration sensible. L'appétit fut meilleur, le sommeil nocturne plus calme, la transpiration et la rougeur des mains disparurent.

L'enfant reprit goût au jeu et gagna 1 kilo en cinq semaines.

OBSERVATION DUE A DUPONT (thèse de Paris, 1933).

[Résumé].

Enfant âgé de 2 ans 1/2. Consulte pour des troubles généraux. Inappétence, amaigrissement, insomnie et troubles du caractère.

Cet enfant est devenu triste, grognon, hargneux, ne joue plus, refuse de marcher. Il s'alimente difficilement, a maigri en six semaines de plus de 1 kilo et son sommeil est devenu très irrégulier.

A l'examen, l'état de maigreur et de dénutrition est évident. Les extrémités sont refroidies et un peu rouges. Les dents sont en mauvais état.

Pouls à 120 par minute.

L'enfant présente en outre de vives démangeaisons et des sueurs abondantes au niveau des mains.

Le traitement prescrit à ce moment comporte de l'arséniate de soude à faible dose, un peu d'extrait thyroïdien associé au glycérophosphate de chaux et au protoxalate de fer.

L'enfant est hospitalisé. A ce moment on note une éruption généralisée ; mais maxima au niveau des membres et caractérisée par des papules, du prurigo. Cette éruption est très prurigineuse.

Le grattage produit des lésions disséminées de pyodermite qui se généralisent à tout le tégument.

En quelques jours apparaissent au niveau des extrémités d'autres symptômes. Les mains deviennent rouges et œdématisées. Les doigts sont boudinés et fléchis.

On note à la face palmaire quelques fissures très prurigineuses.

Aux pieds ces signes sont moins marqués, mais la face plantaire est œdématisée et rouge. Elle est également très prurigineuse.

L'examen des viscères ne relève rien d'anormal.

On note de nouveau une hypotonie musculaire extrêmement marquée, généralisée, une légère exagération des réflexes rotuliens, des crises sudorales intenses donnant lieu à des éruptions de sudamina sur tout le corps. Enfin, une insomnie presque totale.

Une réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée, elle est faiblement positive et l'enfant est mis au sulfarsénol.

Légère amélioration. L'état général s'est relevé. L'enfant s'est alimenté moins difficilement et a pris du poids. Mais malgré l'application de topiques divers les lésions cutanées ont continué à évoluer.

Après une légère rémission les troubles généraux se sont accentués et l'enfant a succombé à la cachexie.

Nous avons vu que les auteurs anglais Braithwaite et Vernon repoussaient l'emploi des rayons ultra-violet et qu'ils employaient la médication contraire par les rayons infra-rouges.

Ils se sont aussi servis d'injections de citrate de soude et l'association de rayons infra-rouges et de citrate de soude leur aurait donné de bons résultats.

En 1933, dans *Archiv of diseases in children*, les auteurs publient deux observations à l'appui de leur affirmation :

I. — Il s'agit d'un enfant de 6 mois qui est malade depuis un mois.

La calcémie à l'entrée est de 12,3 mgr. %.

On pratiqua une injection de citrate de soude (solution à 4 %) à la dose de 10 cmc. intrapéritonéal. Le lendemain, la calcémie est tombée à 10 mgr. 4.

Dans la semaine suivante l'enfant put se lever et manger.

L'état des extrémités s'améliora également. Une rechute se produisit quelque temps après.

Une nouvelle injection de citrate fut pratiquée. Une guérison définitive fut obtenue au bout de six semaines.

II. — Il s'agit d'un cas où le traitement par foie cru et les vitamines A, B et D n'a pas réussi.

A l'entrée, on note une augmentation de la calcémie qui est à 11,9 mgr. %.

On pratique une injection d'une solution de citrate de Na à 3,6 % à la dose de 15 cmc., intrapéritonéal. On fait également 10 cmc. de sérum isotonique.

On renouvelle cette injection 24 heures après.

Immédiatement, on note l'amélioration des symptômes et de l'état général.

La calcémie descendait à 10,9 mgr. %.

Augmentation du poids et guérison un mois après.

Jenny qui en 1934, avait suivi 38 cas d'acrodyne avait observé plusieurs cas de chorée dans des familles d'enfants atteints de cette affection.

Il cite une famille où, en 1924, un enfant présenta de l'acrodynie et en 1928 un autre fit de la chorée. Et certains enfants qui avaient présenté de la chorée firent ensuite de l'acrodynie.

Il rappelle que la chorée donne des lésions d'encéphalite avec des localisations dans la zone striée.

D'où l'idée de donner dans l'acrodynie une médication employée dans la chorée. Aussi, cet auteur donna-t-il du nirvanol dont l'action sur la chorée est connue et également du luminal qui a été préconisé dans la chorée à la suite des travaux des auteurs hongrois et scandinaves tels que Flesch et Drücker.

Jenny dans 2 cas donna du nirvanol à la dose de 0,10 à 0,30 cgr. pendant neuf à dix jours et dans huit cas du luminal à la dose de 0,20 et 0,30 pendant deux à quatre semaines.

Dans les 8 cas traités avec du luminal il subsista dans 2 cas une légère insomnie et un peu de fièvre et il observa aussi une légère intolérance du luminal.

Dans les deux premières semaines de traitement l'insomnie s'améliora.

A la troisième ou quatrième semaine l'état général s'améliora ; les enfants reprirent des forces, recommencèrent à jouer et à se lever, alors que les sueurs, la tachycardie et l'hypertension artérielle subsistent. Ensuite, l'amélioration fit de nouveaux progrès plus ou moins vite, selon les cas.

Dans les cas les meilleurs, l'enfant fut guéri après cinq semaines de traitement, dans d'autres au bout de six à huit semaines, l'enfant fut complètement guéri

de l'hyperhydrose, de la paresthésie et de l'adynamie.

Ce qui prouve que la guérison est due au traitement et n'est pas spontanée, c'est l'état du pouls et de la tension artérielle.

Feer a montré que dans la plupart des cas où la guérison était constatée cliniquement, la tension artérielle et le pouls restaient élevés quelque temps encore pendant la convalescence. Jenny put également constater à maintes reprises que des enfants pouvaient sembler complètement guéris, mais qu'on constatait longtemps encore la tachycardie et l'hypertension tandis que dans la plupart des cas auxquels il appliqua son traitement il obtint un retour à la normale du pouls et de la tension artérielle.

Il cite à titre d'exemple ces observations.

I (Résumé). — Dans le cas suivant la guérison fut plus rapide. Il s'agit d'une fillette de 8 ans qui reçut du luminal à la sixième semaine de la maladie. Trois semaines après le début du traitement se produisit un léger exanthème avec une élévation légère et de courte durée de la température. A la suite de quoi survint une rapide guérison, si bien que l'enfant fut complètement guérie cinq semaines après le début du traitement avec un pouls normal et une tension artérielle normale.

Les courbes de température produites par l'auteur montrent l'efficacité du traitement par le luminal.

II (Résumé). — Il s'agit d'une fillette de 2 ans et 8 mois, malade depuis huit semaines.

On lui administre du luminal. A la dixième semaine de

la maladie commença l'amélioration, l'enfant peut se lever de nouveau et aller et venir.

A la treizième semaine, le pouls devint moins fréquent, sans redevenir encore normal, mais bientôt après la fréquence baissa encore et à la seizième semaine l'enfant put être considérée comme guérie, et le pouls et la tension artérielle reconnus normaux.

Dans un des cas traités par le luminal se trouvait un cas de récurrence.

(L'auteur avait déjà rencontré une récurrence qui s'était produite après deux ans et Hotz a étudié cette éventualité.)

L'enfant en question avait déjà eu de l'acrodynie deux années auparavant et cette maladie dura cinq mois, la récurrence fut guérie cliniquement, cette fois après onze semaines, le pouls était encore un peu élevé mais la tension était tombée de 150 mm. de mercure à 95 mm.

Sur les 10 cas traités avec le luminal ou le nirvanol, l'auteur eut seulement un échec ; il s'agissait d'un enfant de 2 ans qui, dès le début, était dans un état grave, présentant de profondes ulcérations de la langue et une tension artérielle de 150 mm. de mercure. L'administration de luminal ne produisit pas de bons résultats. Il survint une stomatite infectieuse avec de la fièvre. L'intervention d'une infection intercurrente amena le dénouement.

Donc, dans 9 cas sur 10 traités avec du luminal ou du nirvanol l'auteur obtint des succès et calcule qu'il a amené la guérison au bout de quatre à six semaines

de traitement et réduit la maladie à une durée de deux, trois ou quatre mois.

Jenny espère qu'en appliquant le traitement plus près du début de la maladie et en étudiant la posologie, il pourra réduire encore cette durée.

Nous retiendrons donc que le luminal et le nirvanol amènent une amélioration des symptômes et raccourcissent l'évolution de l'acrodynie.

Les bains carbo-gazeux ont été préconisés par le Dr Levesque.

Cette médication a donné d'heureux résultats, surtout si on a pu l'appliquer dans les quatre premières semaines. On obtient la guérison du syndrome psychique du spasme et la tension artérielle baisse.

Ces bains carbo-gazeux sont réalisés par la dilution dans l'eau chaude de deux ou trois pastilles de Royat.

L'enfant doit rester dix minutes dans ce bain.

L'effet est immédiat sur l'insomnie et l'irritabilité, la douleur cède assez vite, puis la rougeur et la tuméfaction des extrémités grâce à l'action vaso-dilatatrice de ces bains.

Levesque a publié les deux observations suivantes dans la thèse de son élève Mitrani :

I. — Enfant âgé de 14 mois 1/2 amené pour la première fois le 31 janvier 1934 parce que depuis quinze jours il refuse de manger.

Les selles sont liquides depuis huit jours.

Enfant né à terme après accouchement normal.

Nourri au sein jusqu'à 4 mois 1/2, il a été mis au lait de vache après cet âge. A eu une première bouillie à 11 mois. Première dent à 6 mois 1/2. Ne marche pas encore seul. En 15 jours l'enfant a maigri de 500 gr., le sommeil est agité.

Température à 37°5.

A l'examen, on ne trouve qu'une légère stomatite. Pas de signes méningés.

La cuti-réaction et la radioscopie pulmonaire sont négatives.

L'enfant est revu trois jours plus tard et ce n'est qu'alors qu'on pose le diagnostic d'acrodynie.

On trouve, en effet, en dehors des troubles du caractère, de l'insomnie et de l'anorexie qui vont en s'accroissant : un gros œdème des mains qui sont très rouges.

Les pieds sont froids, un peu œdématisés et cyanosés.

Il existe une hypotonie musculaire considérable. La mère nous apprend que l'enfant prend pour dormir les positions les plus bizarres.

La tension artérielle est difficile à prendre à cause de l'agitation du malade, mais il semble qu'elle soit aux environs de 11.

On prescrit des bains carbo-gazeux avec 2 ou 3 comprimés de Royat par bain et les séances quotidiennes de diathermie.

Dix jours plus tard, l'enfant est revu. Il est beaucoup plus calme, il dort mieux et l'œdème des extrémités a diminué.

Le 16 février, on note une éruption généralisée pouvant faire penser à la rubéole. La gorge est un peu rouge.

Le 19 février, l'éruption a disparu. L'enfant dort mieux et a meilleur appétit.

Le 12 mars, l'enfant a pris 510 gr. L'amélioration est

manifeste, il commence à tolérer les chaussures. La tension maxima est à 9 1/4. L'appétit est normal. L'enfant peut être considéré comme guéri : il a reçu en tout dix séances de diathermie et deux bains carbo-gazeux par jour depuis le début du traitement.

II. — Enfant âgé de 22 mois, consulte pour la première fois le 4 juin 1934.

Depuis environ trois mois l'enfant présente des troubles du caractère, de l'inappétence. Il refuse de marcher, il dort très peu.

Sa mère l'amène à cause d'une légère éruption apparue récemment sur les extrémités.

L'enfant n'a pas d'antécédents pathologiques notables. Dès la naissance (forceps), il a été nourri au lait Nestlé qu'il a pris jusqu'à 15 mois.

Ensuite on lui donna du lait de vache naturel.

A commencé à marcher à 18 mois.

Première dent à 5 mois.

A l'examen : l'enfant est grognon, refuse de marcher et se tient constamment replié sur lui-même. Les mains et les pieds sont très rouges et tuméfiés, réalisant l'aspect typique de l'acrodynie. Il n'y a ni stomatite, ni troubles trophiques.

La température varie entre 37° et 37°6.

La tension artérielle maxima est de 18.

On ordonne des bains carbo-gazeux quotidiens et des séances de diathermie.

Le 22 juin, après seize jours de traitement, on revoit l'enfant, il est beaucoup plus calme, mais l'état des extrémités n'a pas changé.

La tension est à 17.

On interrompt le traitement et on prescrit une série de séances d'ultra-violets.

Le 20 juillet, malgré une amélioration des signes périphériques, les douleurs et l'anorexie persistent de même que l'hypertension.

On redonne des bains carbo-gazeux quotidiens.

Le 17 août, l'appétit reprend, l'enfant dort bien et marche normalement.

La tension est descendue à 8 1/2.

Disons, enfin, que récemment on a proposé de traiter l'acrodynie par le vaccin antituberculeux.

Imbert et Tristian ont rapporté à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, le 23 juin 1936, leur méthode qui consiste à pratiquer des injections de vaccin antituberculeux.

Cette pratique a eu des résultats favorables dans les cas relatés par ces auteurs.

Enfin, nous terminerons ce chapitre en mentionnant l'emploi de l'hydrologie.

Bézy envoya à Salies-du-Salat une fillette présentant surtout de l'hypotonie et de l'atrophie musculaire.

La cure de bains chlorurés sodiques l'améliora très rapidement.

Malaplate (de Pau) envoya à Salies-de-Béarn une enfant présentant un érythème couvrant les trois quarts de la surface cutanée. Les douleurs furent rapidement calmées et l'asthénie musculaire diminua.

Rocaz conseille de réserver cette thérapeutique aux formes hypotoniques traînantes et au déclin de la maladie.

III

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES ET TRAITEMENTS DES COMPLICATIONS

Après avoir vu l'étude des traitements qui tendent à s'attaquer à la cause de la maladie, nous allons terminer ce travail en passant en revue les traitements palliatifs qui visent simplement l'amélioration des différents symptômes et des complications.

a) Nous allons nous occuper d'abord des médications employées contre les douleurs et l'agitation, la thérapeutique calmante.

Contre la douleur, l'insomnie on a employé le somnifène et le bromure, mais avec peu de résultat.

Le trional et le véronal ont donné également peu de résultat devant la ténacité de l'insomnie, qui a été traitée avec succès par Tebbe qui a employé en 1926 le luminal. Nous avons vu précédemment les résultats obtenus par Jenny en 1934.

La valériane et la belladone n'ont guère pu calmer les douleurs.

Le professeur Debré a donné de petites doses d'opium pour calmer l'agitation et les douleurs.

La morphine a quelquefois été le seul médicament efficace contre elles.

M. Rocaz préconise le gardénal qui lui a donné le meilleur résultat contre les accidents nerveux : douleurs, insomnie, excitations. Il l'a donné à la dose de 3 cgr. par jour pour un enfant de 5 ans.

M. Levesque a eu également de bons résultats sur l'excitation et les douleurs par l'emploi d'antipyrine.

b) Voyons maintenant les moyens employés contre le prurit.

Nous savons que les enfants plongent quelquefois spontanément les mains dans l'eau froide pour calmer leurs douleurs et le prurit qui semble survenir par accès comme la sudation. Cette façon de faire amène bientôt une macération des téguments.

Le professeur Nobécourt a fait revêtir les mains de gants de caoutchouc pour éviter une macération. Dans une de ses observations il indique qu'il a fait poser sur de la glace les mains ainsi gantées.

L'application de pâte à l'eau entraîne également une sédation des douleurs et du prurit qui présente, entre autres inconvénients, celui d'entraîner des lésions de grattage capables de s'infecter.

On pratique matin et soir des onctions avec la pâte suivante :

Glycérine.....	} aa — 30 gr.
Oxyde de zinc	
Carbonate de calcium H ² O.....	

(Nobécourt et Pichon).

On saupoudre ensuite avec la poudre :

Camphre	5 gr.
Poudre de talc.....	25 gr.

Swift recommande de combattre le prurit au moyen d'une poudre composée d'oxyde de zinc, d'amidon et d'acide boriqué.

Weston se sert d'une lotion à la calamine.

Wood recommande un badigeonnage quotidien à la teinture d'iode sur les régions enflammées.

On a employé aussi la pommade au métatitane contre le prurit.

c) Examinons maintenant la thérapeutique antisudoripare.

L'atropine a été employée avec succès contre les sueurs qui sont si abondantes.

Feer l'emploie à la dose de 2 mgr., sous forme de solution à 1 ‰, soit XX gouttes.

Ce chiffre semble élevé malgré la tolérance de l'enfant à l'atropine.

Tebben'a pas eu d'action avec l'emploi de l'atropine.

Notons que l'intérêt de cette médication consiste également en ce fait que l'atropine agit contre la vagotonie.

d) Enfin, nous terminerons par le traitement des complications.

Contre les gangrènes cutanées qui constituent la complication principale de l'acrodynie, le professeur Nobécourt et M. Caplan ont employé l'air chaud avec succès.

Notons que cette complication est du reste assez rare ; elle semble due ici à des embolies microbiennes, le sphacèle étant favorisé par le spasme des capillaires.

Conclusions.

On voit que les traitements employés dans la thérapeutique de l'acrodynie infantile sont multiples et divers. Cela tient à ce qu'on n'est pas encore arrivé à quelque chose de définitif dans l'étiologie et la pathogénie de cette maladie.

De l'étude que nous venons de faire nous déduirons les conclusions suivantes :

1^o L'efficacité de la thérapeutique est difficile à prouver dans une maladie dont la terminaison habituelle est la guérison ; mais cependant il y a intérêt à raccourcir l'évolution, à atténuer les douleurs et l'insomnie et à éviter les complications.

2^o L'étiopathogénie de l'acrodynie infantile étant encore imprécise, il ne peut y avoir encore de traitement spécifique de cette affection.

3^o C'est à l'hypothèse d'une perturbation végétative et plus spécialement d'une infection à virus neurotrophe (demeuré absolument inconnu) se fixant élec-

tivement sur les noyaux sympathiques qu'on s'arrête aujourd'hui.

De cette hypothèse doivent être déduites des conséquences thérapeutiques, à savoir la nécessité de combattre ce désordre du système végétatif.

C'est par les agents modificateurs du système sympathique, principalement par les rayons ultra-violets, dont on sait l'action élective sur le système nerveux végétatif, qu'on obtient les résultats les plus encourageants.

Le traitement devra donc consister à abrégier la durée de la maladie, à remonter l'état général et à combattre les douleurs et l'insomnie, enfin à faire la prophylaxie des complications.

Il conviendra d'associer entre elles plusieurs médications et non se borner à en administrer une seule.

Le traitement actuel de l'acrodynie infantile se résume donc en ceci :

Isolement, hygiène sévère, alimentation très surveillée régime normal équilibré, complété régulièrement par des apports supplémentaires en vitamines, sels minéraux ou organiques. On s'efforcera de faire prendre de petites quantités d'aliments utiles : foie de veau, fromages, viande crue.

Donc, alimentation très surveillée et on ordonnera du chlorure de calcium, des bains carbo-gazeux, de l'ésérine, des calmants du système nerveux et des rayons ultra-violets qui constituent actuellement le meilleur traitement.

Et nous concluerons avec Schachter que : « Les traitements actuels ne sont que des moyens auxiliaires, jusqu'au moment où nous aurons un traitement plus spécifique et plus efficace. »

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Athane.* — Réflexions sur quelques cas d'acrodynie infantile (Société de Médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest. S. du 14 novembre 1934 (suite); in *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 1, janvier 1935).
- Réflexions sur quelques cas d'acrodynie infantile (Soc. Méd. infant. de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 14 novembre 1934; in *Bulletins et Mémoires Soc. Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, déc. 1935).
- Aussedat.* — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'acrodynie infantile (publication d'un cas mortel examiné histologiquement. Thèse de Lyon, 1934-1935).
- Baize (P.).* — Acrodynie infantile (Le Concours médical, 15 mars 1936).
- Barbier et Jarricot.* — Syndrome acrodynique 4 ans après un épisode encéphalitique (Soc. Méd. Lyon, 14 avril 1931).
- Barre (Léon).* — L'acrodynie infantile dans la région avignonnaise (Cah. de Prat. Méd. Chir., n° 4, juillet-août 1934).
- Acrodynie infantile (Cahiers de Prat. Méd. Chir., n° 8, novembre-décembre 1935).
- Bellocq (G.-Ph.) et Meier (R.).* — Etude clinique et anatomo-

pathologique d'une forme grave d'acrodynie (Revue Française de Pédiatrie, n° 4, 1932).

Bernheim (M.). — Deux observations de l'acrodynie fruste à forme douloureuse (Pédiatrie, n° janvier 1935).

Beulemont. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile. Thèse de Lille, 1929-1930.

Beutter. — Deux cas d'acrodynie infantile (Soc. de Pédiatrie, 21 décembre 1926).

— Acrodynie infantile (La Loire médicale, n° 8, août 1927).

Beutter, Janet, Pierrot, Nobécourt et Pichon. — Acrodynie (Soc. de Pédiat. de Paris, 21 décembre 1926).

Beutter (L.). — La mort dans l'acrodynie infantile (Soc. Sc. Méd. de Saint-Etienne. Séance 6 février 1935, in Loire médicale, n° 5, mai 1935).

Beutter. — A propos de l'acrodynie infantile (La Loire médicale, février 1935).

— L'acrodynie infantile dans la région stéphanaise (La Médecine, août 1935).

Bezy (Paul-P.). — Acrodynie de l'enfance (Toulouse médical, 1^{er} avril 1927, n° 7, p. 212. Soc. anatomo-clinique. Séance du 29 janvier 1927).

Bezy. — Acrodynie paroxystique de l'enfance (Annales de Derm. et de Syph., n° 7, juillet 1927).

— L'acrodynie infantile (Toulouse médical, 1^{er} octobre 1928).

— L'acrodynie infantile (Soc. de Méd., de Chir. et de Pharmacie de Toulouse, juillet 1928).

Bilderbach (J. B.). — Acrodynia (Journ. of Amer. Medic. Assoc., LXXXIV, 14 fév. 1925, p. 495-498).

Binet. — Un cas d'acrodynie infantile (Pédiatrie, avril 1930).

Blechmann (M.-G.) et Leconte (Mlle). — Acrodynie familiale, 3^e enfant atteint (Soc. de Pédiatrie de Paris.

- Séance du 15 octobre 1935 ; Revue française de Pédiatrie, XII, p. 149, 1936).
- Blechmann et Montlaur.* — Acrodynie infantile (Revue française de Pédiatrie, n° 31932 ; Société de Pédiatrie de Paris. Séance du 24 mai 1932).
- Blechmann, Montlaur et Leconte (Mlle).* — Acrodynie infantile et intradermoréaction (3^e Congrès international de Pédiatrie. Londres, 20-22 juillet 1933 ; in La Presse médicale, n° 66, 19 août 1933, résumé).
- Bogaert, Bowmans et Sweerts.* — Sur l'acrodynie infantile et de l'adulte (Revue franç. de Péd., fév. 1920).
- Bohé (A.).* — Feer's disease in children (Monatsch. f. Kinderh. 35, 114, 20, 1927).
- Boucomont.* — Recherches sur l'acrodynie (Montpellier médical, 1^{er} juin 1936).
- Boucomont (J.) et Lafon (R.).* — Etude sur l'acrodynie infantile. Recherches capillaroscopiques (Revue française de Pédiatrie, n° 3, 1935).
- Bouquet (Henri).* — A propos de l'acrodynie (L. M. M., n° 846, 15 mai 1934).
- Breton et Lefebvre.* — L'acrodynie infantile (Soc. de Méd. du Nord ; in Médecine pratique, 20 novembre 1934).
- Bruckner.* — La maladie de Feer, névrose du système végétatif (Medizinische Klinik, n° 25, 22 juin 1928).
- Buttler.* -- Erythredema. Pink disease so-called acrodynia and young children (Arch. of dermat. and syphil., fév. 1925, p. 166).
- Cadenaule et Broquère.* — A propos de plusieurs cas d'acrodynie infantile (Soc. Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 14 novembre 1934 ; in Bulletin et Mémoires Soc. Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest, décembre 1935).

- A propos de plusieurs cas d'acrodynie infantile (Soc. de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, n° du 14 novembre 1934 (*suite*) ; in Journ. de Méd. de Bordeaux, n° 1, 10 janv. 1935).
- Capian.* — Acrodynie infantile à forme gangréneuse (Le Scalpel, 7 septembre 1935).
- Cardenas et Pastor.* — La acrodina infantile (La Pédiatr. Espan., mars 1927).
- Cassoute (E.) et Montus (Y.).* — Deux observations récentes d'acrodynie infantile dont une avec nécrose grave du maxillaire (Marseille médical, n° 19, 5 avril 1935).
- Castets (Georges).* — L'acrodynie (Thèse de Montpellier, 1929. E. Montone, Montpellier).
- Caussade et Abel.* — Acrodynie infantile. A propos d'un nouveau cas (Soc de Méd. de Nancy, 25 avril 1926).
- Caussade et Rémy.* — Un cas d'acrodynie infantile (Soc. de Méd. de Nancy, avril 1927).
- Caussade et Abel.* — Un nouveau cas d'acrodynie infantile (Soc. de Méd. de Nancy, juin 1928).
- Caussade et Bienas.* — Un nouveau cas d'acrodynie infantile (Soc. de Méd. de Nancy, mai 1928).
- Caveribère (Mlle).* — Contribution à l'étude des acrodynies infantiles. Les formes atténuées (Thèse Montpellier, 1934-1935).
- Charleux (G.).* — Un cas d'acrodynie infantile (Journ. de Méd. de Lyon, 5 avril 1931, n° 270).
- Chavany (J.-A.).* — Un cas d'acrodynie (Presse médicale, n° 95, 26 novembre 1932).
- Comby (J.).* — L'érythrœdème des nourrissons (Arch. de Méd. des Enfants, févr. 1926, p. 680).
- L'érythrœdème des nourrissons (Archives de Médecine des Enfants, févr. 1926, p. 105-109).

Cruchet (René). — Sur un cas d'acrodynie à forme paralytique (Soc. Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 9 janvier 1935; in Bull. et Mémoires Soc. Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest, déc. 1935).

Deaner et Biskind (G. R.). — Acrodynia report of case with pathologic study (American journ. dis. childr., 48, 1326-1335, déc. 1934).

Debré. — L'acrodynie infantile, ses liens avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme chronique et la pellagre (Presse médicale, 15 juin 1927).

Debré et Cléret. — Acrodynie infantile à forme mutilante, récédive au bout de 7 ans, séquelles psychiques et vaso-motrices (Société de Pédiatrie de Paris, séance du 9 avril 1932; Revue de Pédiatrie, t. 7, 1932).

Debré et Serval De Cosmi. — Les formes cliniques de l'acrodynie infantile (Monde médical, 15 janvier 1930).

Delvincourt. — L'acrodynie infantile dans la région de Reims (Thèse de Paris, 1934).

Denber. — Clinical considerations of Feer's disease (Scheiz Med. Woch., 26 mai).

Desbordes et Ferru. — Présentation de malade; un cas typique d'acrodynie infantile (Actualités médico-chirurgicales, mars 1936).

— Un autre cas typique d'acrodynie infantile (Actualités méd.-ch., mars 1936).

Dessert, Gaud et Tessier. — 5 cas d'acrodynie (Société des Sciences méd. de Gannat, séance du 6 février 1933; in le Centre médical, mars 1934).

Devic et Daujat. — Sur un cas d'acrodynie survenue dans la région lyonnaise (Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 30 octobre 1928).

Dièsbecq. — Deux cas d'acrodynie (Journ. de Méd. de Lille, mars 1933).

Dubois. — Un cas d'acrodynie infantile (Le Scalpel, 6 octobre 1934).

— Syndrome d'acrodynie infantile avec manifestations convulsives (L'Echo médical des Cévennes, avril 1934).

Dufour (André). — Deux nouveaux cas d'acrodynie infantile (Société Médic. de Lyon, 26 nov. 1929).

Duhem et Huant. — Sur divers cas d'acrodynie et leur traitement (Bulletin Soc. Péd. de Paris, nov. 1934).

Duperie. — Sur deux cas d'acrodynie infantile (Gazette des Sciences méd., 1^{er} avril 1928).

Durant-Dastes. — Un cas d'acrodynie infantile, action des ultra-violets (Société de Méd. et de Pharm. de Toulouse, séance du 12 décembre 1934; in Toulouse médic., 1^{er} fév. 1935).

Egen (L. F.). — Acrodynia (Nebraska Med. Jour., 1926, 9, p. 37).

Esbach (H.). — Acrodynie infantile (Archives médic. chirg. de Provence, mars 1935).

Feer (E.). — Eine einartigke Neurose des vegetativen system beim Kleinkinde (Acrodynie, Erythroedem, Pink-disease Mitteilung Jahrbuch für Kinderheilkunde.

— Vegetative neurosis of small children (Fortschrift d. Med., 44, juin 1928).

— Neuropathie végétative spécifique de l'enfance (Acrodynie infantile) (Scheizerische medicine Wochenschrift, 12 octobre 1935).

Ferru. — Quelques considérations générales sur l'acrodynie infantile (Société de Médecine de la Vienne, 10 janvier 1936; Actualités médic. chir., mars 1936).

- Finot.* — Une maladie nouvelle, l'acrodynie infantile (Revue thérapeutique des alcaloïdes, juillet 1934).
- Flament.* — A propos d'un cas d'acrodynie infantile (Journal des Sciences médicales de Lille, 10 janvier 1931).
- Flogny (Marcel).* — Un cas d'acrodynie infantile (Société médicale d'Alger. Séance du 18 janvier 1935 ; in l'Algérie médicale, mars 1935).
- Fowler (J. S.).* — Erythroedema (Edinburgh medical journal, août 1925. Transactions of med. chirurgic. Society of Edimburgh, 1924-1925, p. 177-184).
- Fornara.* — L'acrodinia infantile (Clinique. Igien. Infant., 1928, n° 5).
- Frank (E. S.).* — Acrodynia (Nederlandsch Tijdschrift voor geneskunde (Haarlem), 1925).
- Frank et Podvinec.* — Disturbances of functioning of bladder in Feer's sympathetic neurosis case (Monatschrift für Kinderh., 1936).
- Frappereau.* — Un cas d'acrodynie infantile à forme photophobique (La pédiatrie pratique, 15 octobre 1930).
- Froin.* — Les formes cliniques de l'acrodynie infantile. (Thèse de Bordeaux, 1928).
- Gaillard et Terrien.* — L'Acroérythrœdème des nourrissons (La pédiatrie pratique, 16 mars 1928).
- Galdo-Villegas.* — Acrodinia infantil enfermedad de Feer (Archives Espagnoles de pédiat., avril 1929).
- Garot.* — Un cas d'acrodynie chez une enfant hérédosyphilitique (Le Scalpel).
- Un nouveau cas d'acrodynie (Le Scalpel, 20 octobre 1935).
- Gautier et Audeoud.* — Trois cas d'acrodynie infantile (Revue médic. de la Suisse Romande, 10 mars 1935).

- Genest.* — Recherches sur l'affection épidémique qui règne maintenant à Paris (Arch. gén. de Médecine. Paris, 1828, p. 232, 1829, p. 63).
- Girard.* — Un cas picard d'acrodynie infantile. Discussion de l'origine glandulaire ou encéphalitique (Gazette médicale de Picardie, novembre 1930).
- Giraud.* — Un nouveau cas d'acrodynie infantile d'origine corse. Amélioration rapide par les rayons ultra-violet (Société de Médecine de Marseille. Séance du 25 juin 1935 ; in Arch. de Méd. générale et coloniale, 1935, n° 8).
- Gillot, Dendale et Cohen-Solal.* — Un cas d'acrodynie infantile (Société de Médecine d'Alger, séance du 21 juin 1935 ; in Algérie médic., nov. 1935).
- Gillot et Machuel.* — L'acrodynie inf. à Alger (Soc. de Méd. d'Alger, séance du 24 juin 1932 ; in Algérie médic., janvier 1935).
- Giraud et Pouquet.* — Acrodynie à évolution mortelle chez une enfant de 12 ans (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1934).
- Glauber.* — Feer's vegetative neurosis in infants (Thérapeutique de Gegen. Novembre 1929).
- Calciuria in infants as infrequent symptom of Feers disease (Monatschrift für Kinderheil., 1930).
- Gordon Chown.* — Acrodynia (Northwest Medicin. mai 1927).
- Goudsmit et Rumke.* — Ueber das akrodynische Syndrom (Deutsche Zeitschrift für Nerven. 1927).
- Harper.* — Treatment of acrodynia (Medic. Journ. Australia, Junie 1934).
- Haushalter.* — Sur un syndrome particulier constitué chez l'enfant par des altérations psychiques et par des troubles neuro-végétatifs (Revue neurologique, avril 1925, p. 401).

- La description de l'acrodynie infantile en France (Revue médic. de l'Est, n° 7, 1^{er} avril 1932).
- La description de l'acrodynie infantile en France. A propos de quelques critiques (Revue médic. de l'Est, avril 1934).
- Hille (G.)*. — Feer's disease case (Munch. Med. Woch., 27 juin 1930).
- Hoechstetter (J. D.)*. — Sur un syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système neuro-végétatif chez l'enfant. Thèse de Nancy, 1924-1925 (Société d'imprimerie typographique. Nancy).
- Houllier et Ferru*. — Un cas particulier d'acrodynie infantile (Actualités médic.-chir., mars 1936).
- Imbert et Tristiani*. — Sur un nouveau cas d'acrodynie infantile, heureux effets du traitement par le vaccin antituberculeux (Soc. méd. Hôp. Lyon, 23 juin 1936).
- Jaeger (O.)*. — Ein Fall von vegetativer neurose Feer beim Kleinkind (Akrodynie) (Zeitschrift für Kinderheilkunde. Berlin, 1925).
- Janet*. — L'acrodynie (Revue pratique des maladies des pays chauds, août 1927).
- L'acrodynie (Journal de Médecine et de Chirurgie, 25 déc. 1928).
- Janet et Dayras*. — Sur un syndrome caractérisé par de l'insomnie, des sueurs, des troubles moteurs des extrémités (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, 6 juillet 1926).
- A propos de 4 nouveaux cas d'acrodynie : la conjonctivite et les troubles mentaux (Société de Pédiatrie. Paris, 16 octobre 1928).
- Janet et Pienot*. — Acrodynie infantile avec symptômes passagers d'encéphalite (Société de Pédiatrie. Paris, 21 décembre 1926).

- Janet et Huguet (Mad.).* — Un cas d'acrodynie infantile avec précocité et longue durée des troubles oculaires (Société de Pédiat. de Paris, séance du 18 octobre 1932 ; Revue française de Pédiatrie, t. 8, n° 5, 1932).
- Janet et Wichler.* — Un cas d'acrodynie chez un enfant de 8 mois nourri au sein (Bulletin Soc. de Pédiat. de Paris, octobre 1929).
- Jenny.* — La maladie de Swift-Feer (acrodynie) (Schweiz. Med. Woch., 9 juillet 1925).
- Zur Therapie der Feersche Krankheit (Schweiz. Med. Woch., 1934).
- Die Swift-Feersche Krankheit (Akrodynie) (Schweiz. Med. Woch., 1925).
- Kollmann.* — Feer's disease in small children case (Med. Welt., 27 juillet 1928).
- Kreisberger.* — A propos de quelques observations d'acrodynie infantile, contribution à l'étude de cette affection. Thèse de Toulouse, 1933-1934 (Analyse Toulouse médical, 1^{er} septembre 1934).
- Kuhl.* — Pathogenesis of Feer's neurosis of vegetative system in children (Zeitschr. für Kinderh., 45, 1928).
- Laborderie.* — L'acrodynie. Essai de traitement physiothérapique (Archives d'Electricité médicale, février 1934).
- Lamoril.* — Un cas d'acrodynie infantile (Journal des Sciences médic. de Lille, 19 nov. 1933).
- Un nouveau cas d'acrodynie infantile (La Pédiatrie pratique, 15 janvier 1934).
- Un nouveau cas d'acrodynie infantile (Société méd. et anatomo-clinique de Lille, séance du 22 janvier 1935 ; in Journ. des Sciences médic. de Lille, n° 10, mars 1935).

- Langevin.* — Un cas d'acrodynie (La Pédiatrie pratique, n° 19, 5 avril 1929).
- Un cas d'acrodynie (Archives méd. de Province, février 1928).
- Laurinsich.* — Sulla neurosi del sistema nervoso vegetativo di Swift, Selter-Feer (Pédiatria, 15 juin 1928).
- Lavirotte.* — Contribution à l'étude du syndrome acrodynique. Syndrome de dystonie neuro-végétative due à un virus neurotrope (Thèse de Lyon, 1930-1931).
- Ledoux.* — L'acrodynie infantile (Revue médic. de la Franche-Comté, mars 1930).
- Leenhardt, Chaptal et Henriet.* — Acrodynie infantile au cours d'une encéphalite aiguë (Société des Sciences méd. et biolog. de Montpellier et du Languedoc, séance du 27 juin 1930).
- Leenhardt et Chaptal.* — Encéphalite et acrodynie infantile (Pédiatrie, juillet 1931).
- Leenhardt, Chaptal et Dufoix.* — Acrodynie infantile au cours de 3 cas de poliomyélite antérieure aiguë (Arch. de la Soc. de Méd. et de Biologie de Montpellier, janvier 1931).
- Leenhardt, Reverdy et Balmes.* — Deux cas d'acrodynie infantile (Société des Sciences méd. et biolog. de Montpellier, 7 déc. 1928).
- Leenhardt, Boucomont et Lafon.* — Etude sur l'acrodynie (les formes atténuées) (Revue franç. de Pédiatrie, n° 6, 1935).
- Leenhardt et Boucomont.* — Recherches sur l'acrodynie infantile. Essais de transmission aux petits animaux (Archives Soc. Méd et Biol. de Montpellier et du Languedoc, séance du 31 mai 1936 ; Pédiatrie, février 1936).

- Etude sur l'acrodynie infantile. Note sur la fréquence annuelle et saisonnière de l'acrodynie (Revue franç. de Pédiatr., 1935, n° 3).
- Lelong* et *Odinot*. — Un cas d'acrodynie avec réaction méningée latente (Société de Pédiat., 21 janv. 1930).
- Lemeillet*. — L'acrodynie de l'adulte. Ses rapports avec l'acrodynie infantile. Sa nature (Thèse de Bordeaux, 1929-1930).
- Lereboullet*. — Nouvelles observations d'acrodynie (Soc. de Pédiatrie de Paris, 21 déc. 1926).
- L'acrodynie infantile (Gazette des Hôpitaux, 18 mai 1932).
- Levesque*. — A propos de 15 cas d'acrodynie (Bulletin médic., 6 juin 1936).
- Lorenz*. — Disturbances in central heat regulation in Selter Swift Feer's disease (Zeitschr. für Kinderh., 1930).
- Liège*. — Quelques considérations d'ordre pratique sur l'acrodynie infantile (Concours médical, n° 8, 24 fév. 1935).
- Loisel* et *Léger*. — Un cas d'acrodynie (Normandie médic., n° 6, juin 1934).
- Loisel*. — Un nouveau cas d'acrodynie (Normandie médic., n° 7, juillet 1934).
- Mac-Lendon*. — Yeast and irated ergosterol in the treatment of acrodynia (The journ. of the Amer. med. assoc., n° 6, August 1928).
- Martin-Gonzalez*. — Quelques considérations sur l'acrodynie infantile (Thèse de Paris, 1926).
- Meyer (G.)* et *Horste*. — Ein eigenartiger Verlauf der Feerschenkrankheit Ruchfall oder Neuerkrankung (Klinische Wochenschrift, janvier 1931).
- Mitrani*. — Contribution à l'étude des formes cliniques et

du traitement de l'acrodynie infantile (Thèse Paris, 1935).

Mouriquand, Sedaillau et Savoye. — Sur un cas fruste d'acrodynie infantile (Pédiatrie, juillet 1931).

Mouriquand, Dechaume, Bernheim et Weill (Mlle). — Etude anatomo-clinique d'un cas d'acrodynie chez une fillette de 13 ans (Société méd. des Hôp. de Lyon, 12 mars 1934; in Presse méd., n° 28, 10 avril 1935).

Mouriquand, Bernheim et Badinand. — Acrodynie avec réactions abdominales (Pédiatrie, janvier 1935).

Mouriquand, Weil et Badinand. — Acrodynie fruste diagnostiquée par les signes cardio-vasculaires (Pédiatrie, janv. 1933).

Mourrut. — Guérison rapide d'un cas d'acrodynie par l'acétylcholine (Bulletin Soc. de Péd. de Paris, juin 1934).

— La guérison de l'acrodynie par l'acétylcholine (Journ. de méd. de Paris, 18 juillet 1935).

Muller. — Feer's disease in infants (Arch. f. Kinderh., juin 1927).

Nobécourt. — Deux cas d'acrodynie infantile (Société de Pédiatrie, 15 février 1927).

— Deux observations d'acrodynie (Soc. de Pédiatrie, déc. 1926).

— Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile (Pédiatrie, Journal des Praticiens, 23 janvier 1932).

— Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile (Pédiatrie, 5 mai 1932).

Nové-Josserand, Rougier (Melle) et Chomal. — Sur un cas d'acrodynie avec mutilations importantes (Pédiatrie, septembre 1934).

Péhu. — Sur l'acrodynie de l'enfance (Paris médic., 6 nov. 1936).

— Sur un cas d'acrodynie chez un enfant de 13 ans (Soc. méd. des Hôpit. de Lyon, 16 nov. 1926).

— Sur 3 cas nouveaux d'acrodynie infantile (Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon, 8 mai 1928).

Péhu et Ardisson. — Quelques cas d'acrodynie observée dans l'enfance (Bulet. de la Soc. de Pédiat. de Paris, 19 oct. 1926).

— Sur l'acrodynie de l'enfance (Paris médical, 9 avril 1927).

— Une maladie qui ressuscite, l'acrodynie (Paris méd., 9 avril 1927).

— Six nouveaux cas d'acrodynie infantile (Soc. de Pédiatrie, Paris, 15 nov. 1927).

Péhu, Ardisson et Mestrollet. — Sur quelques nouveaux cas d'acrodynie infantile (Soc. méd. Hôp. de Lyon, 23 oct. 1928).

— Sur quelques nouveaux cas d'acrodynie infantile (Lyon méd., n° 5, fév. 1929).

Péhu et Girard (Paul). — Sur un cas d'acrodynie à forme atténuée (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, séance du 1^{er} nov. 1930).

Péhu et Lambert (Mlle). — Acrodynie à forme atténuée chez un nonnrisson de 13 mois.

Péhu et Mestrollet. — Essai nosologique sur l'acrodynie infantile (Journ. de méd. de Lyon, n° 212, nov. 1928).

Péhu. — Quelques observations d'acrodynie infantile (Soc. de Péd., 19 oct. 1926).

— Six nouveaux cas d'acrodynie infantile (Soc. de Péd., 15 nov. 1937).

Péhu, Dechaume et Boucomont. — Sur l'anatomie pathologique de l'acrodynie infantile (Le Nourrisson, sept. 1935).

Péhu et Boucomont. — Histoire et géographie de l'acrody-

nie infantile (Journal de Méd. de Lyon, 20 févr. 1936).

Pehu et Lambert. — Acrodynie à forme atténuée chez un enfant de 13 mois (Pédiatr., n° 2, décemb. 1931, Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 21 avr. 1931).

Pehu et Girard. — Sur un cas d'acrodynie à forme atténuée (Pédiatrie, janv. 1931).

Pehu. — Acrodynie à symptomatologie atténuée (La Pédiatrie, 19 août 1934, n° 8).

Pehu, Dechaume et Boucomont. — Sur l'anatomie pathologique de l'acrodynie infantile (Bulletin de l'Ac. de Médecine, 4 juin 1935)

— Etude anatomique d'un cas d'acrodynie chez un enf. de 26 mois (Soc. méd. des Hop. de Lyon, 12 mars 1935 ; in Presse médic., n° 29, 1935).

— Sur l'acrodynie infantile. Anatomie pathologique. Relations et parentés pathologiques (Revue franç. de Pédiat., t 12, n° 2 1936).

Peigneaud. — Un cas d'acrodynie infantile compliquée de gangrène des doigts (La Pédiatrie pratique, 15 nov. 1929).

Pichon. — L'acrodynie infantile (Le Concours méd., n° 33, 14 août 1933).

Pichon et Combessédès. — Deux nouveaux cas d'acrodynie infantile (Arch. Méd. des enfants, juillet 1934).

Pierret. — Acrodynie infantile. Présentation de malade (Echo méd. du Nord, 2 sept. 1934).

Pierret, Bournoville et Lefebvre. — Un cas d'acrodynie infantile avec troubles vaso-moteurs graves, diarrhée, chute presque complète des dents, atrophie considérable du maxillaire supérieur et décollement de la muqueuse palatine (Soc. de Méd. du Nord, oct. 1934 ; in Echo méd. du Nord, n° 49, 9 déc. 1934 ; Pédiatrie, janvier 1935).

- Pierret et Lefebvre.* — L'énigme étio-pathologique de l'acrodynie infantile (Revue de Méd., oct. 1935).
- Poisot, Brunel et Morel.* — Deux nouveaux cas d'acrodynie infantile en Provence (Marseille médic., 5 avril 1935).
- Porez.* — Un cas d'acrodynie infantile (Le Nord méd., 1 août 1.929).
- Un nouveau cas d'acrodynie infantile dans le Nord (Pédiatrie prat., 25 déc. 1930).
- Powell.* — Acrodynia, with a report of six cases (Boston ed. and Surg. Journ., 27 mai 1926)
- Proskouroff (Mme).* — L'acrodynie infantile dans le Dauphiné. (Thèse de Lyon, 1934-1935).
- Raillet.* — 3 cas d'acrodynie infantile (Rev. franç. de Pédiat., 1931).
- Rachet.* — Les manifestations bucco-dentaires de l'acrodynie infantile (Thèse de Paris, 1935).
- Rewalt.* — Acrodynia Report of four cases (Atlantic med. journ., 1924-1925).
- Rischschel.* — Feer's Disease in infants Survey of recent litterature (Med. Klin., 13 juillet 1928).
- Rocaz.* — L'acrodynie infantile, ses formes cliniques (Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 janvier 1928).
- L'acrodynie infantile (Clinique et Laboratoire, n° 7, 20 juillet 1928).
- L'acrodynie infantile (Pédiatrie pratique, août 1928).
- Acrodynie infantile avec encéphalo-myélite terminale (Pédiatrie, avril 1930).
- L'acrodynie infantile (1 vol. in-8. Doin, édit.).
- Rocaz et Lartigault.* — Acrodynie infantile familiale (Journ. de Méd. de Bordeaux, juillet 1934).
- Acrodynie infantile familiale (Pédiatrie, janv. 1935).

Rocaz et Boisseries-Lacroix. — Acrodynie et névrauxite (Paris médic., n° 4, 25 janv. 1935).

— Un cas d'acrodynie gangréneuse (Soc. de Méd. infantile de Bordeaux, séance du 13 nov. 1934 ; in Journ. de Méd. de Bordeaux, 29 fév. 1936).

Rodda. — Acrodynia, a clinical study of seventeen cases (Amer. Journ. of diseases of children, août 1925).

Roger, Pekelis et Alliez. — La chorée fibrillaire de Morvan. Sa localisation au niveau des centres neuro-végétatifs de la base. Ses relations avec l'acrodynie infantile (Revue neurologique, fév. 1934).

Rudnitzky. — So called vegetative neurosis (Klin. méd., n° 141, 1930).

Ruppe et Henault. — Les désordres bucco-dentaires dans l'acrodynie infantile (La Revue de Stomatologie, déc. 1935 ; Pédiatrie, n° 3, 1936).

Schachter. — L'étiopathogénie et le traitement de l'acrodynie ou maladie de Swift Feer (Méd. inf., sept. 1933).

Schrøder. — Feer's disease in infants (Zeitschrift für Kinderh., 1^{er} déc. 1929).

Seller. — Feer's disease as paralysis of vegetative system in children (Acrodynia) (Arch. für Kinderh.).

Servel de Cosmi. — L'acrodynie infantile. (Thèse de Paris, 1930).

Stevenin. — L'acrodynie, in : La Médecine infantile en 1927 (Monde médical, 15 fév. 1928).

Stein. — Falling out of hair accompanying Feer's vegetative neurosis in small children (Arch. dermat. und Syph., 1930).

Sweet. — Acrodynia with report of five cases (Arch. für med., 1925, p. 543).

Taco-Kuiper. — L'acrodynie infantile, syndrome végétatif du di et mésencéphale (Presse médicale, 3 sept. 1927).

- Tecillozic.* — Un caso di nevrosi del sistema vegetative del bambini (La Pediatria, 1^{er} août 1926).
- Telbe.* — Feer's vegetative in children (Arch. F. Kinderh., oct. 1926).
- Turquety.* — L'acrodynie infantile (Concours médical, 4 mars 1928).
- L'acrodynie infantile (Le Nourrisson, sept. 1928).
- L'acrodynie infantile (Journ. des Praticiens, 15 mars 1930).
- Verger et Delmas-Marsolle.* — Sur un cas d'acrodynie de l'adulte (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, octobre 1920 ; Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, 2 déc. 1928).
- Vipond.* — Further observations upon acrodynia (British Journ. of childrens disease. London, 1926).
- Vogl.* — Feer's neurosis Swift feers disease (Rev. med. germ., nov. 1920).
- Wallois.* — Un cas d'acrodynie infantile (Soc. méd. et anat. clin. de Lille. Séance du 7 mai 1935 ; in Journ. des Sciences médicales, de Lille, 28 juillet 1935).
- Weill-Hallé et Klote.* — Un cas d'acrodynie récidivante. Etudes du syndrome vaso-moteur (Bulletin Soc. de Péd. de Paris, juillet 1934).
- Weitbrecht.* — Ueber eine vegetativer neurose im fruhen Kindes (Deutsch. med. Woch., 4 décemb. 1925).
- Weston.* — Acrodynia in the United States (South Med., 1926).
- Wiggelendam et Kimper.* — Syndrom of acrodynia, Dermatotopolynevrite erythroderma vegetative neurosis of Swift Feer (Nederl. Tijdschr. V. geneesk., 16 july 1927).
- Wolbach et Howe.* — So called acrodynia or erythroderma (Swift disease) (Arch. of Path., 1926).
- Wolf et Lavison.* — Acrodynia erythroderma polynevritis,

vegetative neurosis pink or swift disease. Histopathologic study of nervous system (Journ. ped., avril 1934).

Wood. — Acrodynie infantile (The British med. Journ., 21 sept. 1935).

Woringer. — L'acrodynie infantile (Rev. franç. de Péd., oct. 1926).

— Acrodynie (Réunion péd. de Strasbourg. Séance du 16 janv. 1926).

— L'acrodynie infantile (Réunion péd. de Strasbourg. Séance du 10 juillet 1926).

— Acrodynie infantile (Strasbourg méd., 1926, p. 339).

Zahorsky. — A case of pink disease (St-Louis ped. soc., 16 oct. 1925).

Zechlin. — Differential diagnosis between feer's disease and miliary fever (Sudor anglicus) (Jahrb. f. Kinderh., juin 1929).

2057. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 11-1936.
